

意見書

ふりがな		生年	年	月	日生
氏名		月日			(歳)
住所					
病名					
注意事項等					
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんの末期であると判断できる。</p> <p>大崎町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ (印)</p>					

患者の認定基準

介護保険における特定疾病としての「がんの末期^{※1}」の定義及び診断基準に該当する者

※1：治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難^{※2}又は治癒不能と考えられる状態

※2：治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される状態