第２号様式（第６条関係）

医師の意見書(江戸川区がん患者等アピアランスケア支援事業)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 傷 病 名 |  | | |
| 補整具等を  必要とする理由・症状 | (理由・症状) | | |
| （発症日又は治療開始日）　　　　　年　　　月　　日  （治療終了(予定)日）　　　　　　　　年　　　月　　日　・　未定 | | |
| 上記の者は、がん等の疾病に係る治療又は傷病に伴う外見の変化により、補整具等を必要としている者と判断できる。  （宛先）江戸川区長殿  年　　　月　　　日  医療機関の　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 所在地及び名称  医　師　名 | | | |