

令和 年 月 日

電話番号： () 担当者

*主治医の記入に際しては、医師の了解を得るようお願いします。

年 月 日

☐ 同意する

☐ 同意しない



☐新規 ☐更新 ☐区変

- | | | | |
|---|---|----|--------------------------------|
| 1 | がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき
回復の見込がない状態に至ったと判断したものに限る。） | 9 | 脊柱管狭窄症 |
| 2 | 関節リウマチ | 10 | 早老症 |
| 3 | 筋萎縮性側索硬化症 | 11 | 多系統萎縮症 |
| 4 | 後縦靱帯骨化症 | 12 | 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 5 | 骨折を伴う骨粗鬆症 | 13 | 脳血管疾患 |
| 6 | 初老期における認知症 | 14 | 閉塞性動脈硬化症 |
| 7 | 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及び
パーキンソン病 | 15 | 慢性閉塞性肺疾患 |
| 8 | 脊髄小脳変性症 | 16 | 両側の膝関節又は股関節に著
しい変形を伴う変形性関節症 |