

筋痛性脳脊髄炎患者の支援に関する請願書

送付期限 2015年4月30日

この病気の特質に最大限の配慮をお願いし、次の事項を請願いたします。

【請願事項】

1. 客観的診断基準の確立

①国際的に認められた診断基準を検証する研究を推進し、一日も早く日本における客観的な指標を含む診断基準を作成してください。

2. 今後の障害者総合支援法の見直しにおける福祉サービスの充実

①対象疾患の見直しにあたっては、医療費助成・治療研究の必要性とは別に、福祉サービスそのものの必要性を踏まえて議論してください。

②この病気の患者の置かれた深刻な状況を考慮し、客観的な指標を含む診断基準が確立された場合には、迅速に対象疾患の見直しを行い、日常生活に著しく支障をきたし、介護や就労支援を必要とする患者が支援を受けられるようにしてください。

氏名	住所	印
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	
	都道府県	

問合先： 理事長 篠原三恵子 Email: cfsnon@gmail.com 副理事長 岩井美智子 TEL：090-4056-7277

【署名時の注意事項】

- この請願は参議院ではすでに採択されていますので、今回は1枚だけご署名下さい。
- ご住所は都道府県名を略さず、所番地まで必ず全部書いて下さい。
- ご住所が前の欄の方と同じ場合でも、「〃」「同上」と書いたりせず、略さず全部書いて下さい。
- ご署名は自署で、こちらの面の署名欄だけをお願い致します。代筆の場合は捺印が必要となります。
※いただいた署名は厳重に管理し、請願の目的以外には使用いたしません。

【送付する際の注意事項】

- 直筆で書いたものをご郵送下さい。コピーやFAXでの送付は無効です。
- 請願要旨と請願項目をお読みいただき、署名欄のある片面だけをお送り下さい。

送付先： 〒177-0033 東京都練馬区高野台3-11-12 采明ビル2B アニメ活動センター内
NPO法人 筋痛性脳脊髄炎の会