|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **補装具・様式１０** | | |
| 難病患者等調査書 | | |
| 聞き取りを行った方 | ・本人　　　　・家族（　　　　　　　　）  ・介護者　　　・看護師　　　　　　・ボランティア  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 疾病名（発病の時期）  合併症やその他の疾病など |  | |
| 症状や副作用など（※症状や副作用などに変化がある場合は、「より重度の状態」を記載し、症状の変動状況や日内変動等に加えて、その時間・期間などを記載すること） | | 日常生活で困っていること　不自由があることなど |
| 【症状の変化】□有　□無  【迅速判定の必要性】□有　□無 | |  |
| 車椅子を必要とする状況について  歩行器を必要とする状況について  補聴器・眼鏡を必要とする状況について |

上記のとおり、調査しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 調査年月日 |  |
| 市（福祉事務所）町村名 |  |
| 担当者名 |  |