|  |
| --- |
| **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 |  |