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、「症状の変化」の欄にその他の状態や変化の時間・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 （その他の状態や変化の時間・期間など）	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	