

難病患者等補装具調査票

氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住所			
現 在 地	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他 () (施設等であれば、所在地及び種別名称を記載のこと) 所在地 種別・名称		
疾 病 名			
聴取の相手方	(本人・家族〔 〕・介護者・看護師・その他)		
発病の時期 合併症その他の疾 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		
	症状の変化 ☐ 有 ☐ 無 (変化の状態や変化の時間・期間など)		
日常生活で困って いることや不自由 なこと			
当該補装具を必要 とする状況			
市町所管課意見	支給は(適当・不適当)である。		
令和 年 月 日 市町名 担当者氏名			

※ 難病を理由として補装具の支給申請を希望する場合に作成すること。