様式第17号

難病の症状等に係る調査書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 疾病名 | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） |
| 職　　業 | （障がい前） |
| （現　在） |
| 難病等の症状（症状の変化、日内・季節変動等）・副作用 | （症状がより重度の状態）（症状が変化する場合の状況（例：一日の中で変動する、天候で変わる、季節で変動する）） |
| 難病等の症状の経過及び治療内容（服薬の状況等） |  |
| その他特記事項 |  |
| 補装具使用についての市町村の意見 | （※　補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。）調査者：職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）この調査書は、難病等の症状や補装具の必要性について､市町村の身体障がい者福祉担当者が実

際に調査を行って記載してください。