

家族支援プログラム 受講申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 受講者氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳
住 所 〒		
連絡先電話番号 ()	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	
職 業	勤務先名	

どなたを介護されていますか？

ふりがな 氏 名	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
	実父・実母・義父・義母・夫・妻・その他 ()
介護の状況は？	同居での介護 ・ 通っての介護 ・ その他 ()
症状に気付かれたのは？	年 月頃
医療機関受診 (あり・なし)	初診 年 月 頃 診断名 () 医療機関名・受診科 () 担当医師 ()
介護保険について	認定を受けている ・ 認定を受けていない ・ 申請中
介護度について	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
利用サービスについて (あり・なし)	デイサービス (週 回) デイケア (週 回) ショートステイ (1 か月 回 日間)、訪問看護 (週 回) その他サービス ()
この講座を知ったのは？	広報・知人・ケアマネの紹介・電話相談・地域包括支援センター・その他 ()
この講座の受講を希望された理由をお聞かせください。	
現在のご本人の様子やお困りのことをご記入ください。	

※記入内容につきましてはプライバシーを厳守し、この講座以外には使用しません。

申込先 公益社団法人認知症の人と家族の会

福島県支部 **FAX** 024-521-4664

県南地区会 **FAX** 0248-53-2394