

# 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)
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** 福井市文京2丁目9-1 認知症のひと家族の会福井県支部 (嶺北認知症疾患医療センター内)

**FAX** 0776-63-6756

※郵送もしくはFAXでお申込みください