

# 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 )、訪問介護 ( 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・いきいき支援センター・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。

認知症の電話相談

「認知症の電話相談」  
 認知症の相談窓口  
 認知症の相談窓口  
 認知症の相談窓口  
 認知症の相談窓口



家族の会認知症介護相談

☎0562  
**31-1911**

開設日……平日（月曜日～金曜日）  
 時間……10:00～16:00