

認知症介護家族支援プログラム 受講申込書

岡

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	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
氏 名	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・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、公益社団法人認知症の人と家族の会及び長寿課で管理し、この講座以外には使用しません。

申込先 岡崎市役所 長寿課予防係 **FAX** 0564-23-6520