

家族支援プログラム 受講申込書

会場名 平競輪場サクルハウス

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 受講者名	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 大・昭 年 月 日 歳 実父・実母・義父・義母・夫・妻・その（ ）
介護の状況は？ 症状に気づかれたのは？ 医療機関受診 (あり・なし)	同居での介護 ・ 通っての介護 ・ その他 () 年 月頃 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ご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
福島県支部いわき地区会

FAX 0246-44-6620