

令和5年度 日進市認知症家族支援プログラム 受講申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男性 ・ 女性
受講者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		
連絡先	自宅：	携帯：	
職業			

介護している人について

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		続柄	実父・実母・義父・義母・夫・妻 その他 ()
介護の状況	同居で介護 ・ 別居で介護 ・ その他 ()		
症状に気づいた時期	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		担当医
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	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)		
	訪問介護 (週 回) ショートステイ (月 回 日間)		
	その他 ()		
本講座を知った きっかけ	広報 ・ 知人の紹介 ・ ケアマネジャーの紹介 ・ 電話相談 市ホームページ ・ 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】日進市役所 地域福祉課 (〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地)

FAX : 0561-72-4554 Eメール : chiikifukushi@city.nisshin.lg.jp