

## 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	

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( )
病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ヶ月 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、この講座以外には使用しません。

申込先

東海市 高齢者相談支援センター

FAX

052-602-0381