**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・その他 | 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 |
| メールアドレス（任意）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 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） |
| ショートスティ（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。

**申込先 名古屋市役所健康福祉局地域ケア推進課　 FAX ０５２-９５５-３３６７**