

()いきいき支援センター長 様

認知症の家族教室・申込書

年 月 日

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	1男 2女
住所		電話番号		-	
誰を介護していますか？	1 実父 2 実母 3 義父 4 義母 5 夫 6 妻 7 兄弟姉妹 8 その他 ()				
	氏名 (介護を受けている方)			年齢	歳
介護の状況	1 同居して自宅で介護 2 別居して通った介護 3 その他 ()				
認知症の気づきの時期	1 半年以内 2 半年から1年以内 3 1年～2年以内 4 2年～3年以内 5 3年～5年以内 6 5年以上				
介護認定を受けていますか？	1 認定を受けている → 要支援 () 又は 要介護 () 2 事業対象者 3 申請中 4 認定を受けていない				
この教室を何でお知りになりましたか？	1 広報なごや 2 チラシ 3 新聞 4 知人 5 いきいき支援センター職員による勧奨 6 紹介 (ケアマネジャー、その他 ()) 7 その他 ()				
この教室に参加された理由をお聞かせください。					

いきいき支援センターが行う事業及び支援にあたり、家族教室で把握する参加者及び介護する認知症者の情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、主治医その他必要な関係機関に提示することに同意します。

平成 年 月 日 署名

※同意の有無により家族教室への参加を拒むものではありません。

※本事業で把握した内容は統計化及び匿名化した上で認知症専門部会での認知症施策の検討に活用いたします。

(参加者記入用)