

当別町介護者と歩む会 入会申込書

| | | | | | |
|---|--|---|--|-------------|--|
| 会 員 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | | | 電話番号 | | |
| | 住所 | 〒 (自宅・勤務先) | | | |
| | 職業 | | 勤務先名 | | |
| | 介護の状態 | 1. 現在介護中 (A 会員) 2. 過去に介護していた (B 会員) 3. その他 (職場で介護、医師、学生、ボランティア、関心のある方) (C 会員) | | | |
| 要 介 護 者 | 氏名 | | 続柄 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 | 歳 | |
| | 介 護 | 1. 自宅 利用しているサービス | デイケア・デイサービス ショートステイ ホームヘルパー その他 () | | |
| | | 2. 入院・入所 (病院名・施設名： |) | | |
| | | 3. その他 (|) | | |
| | 症 状 | ①物忘れがある ②徘徊がある ③妄想がある ④その他() | | | |
| | 症状に気づかれた時期 | 昭・平 年 月頃 | 認知症についての受診 | 昭・平 年 月頃 | |
| 受診機関 | 医療機関名 () 内科・精神科・老年科・神経内科・開業医 診断名 (アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症・その他) | | | | |
| 介護保険 | ①自立 ②要支援 ③要介護(1・2・3・4・5) ④認定を受けていない | | | | |
| 入会の動機、介護でお困りのこと、その他ご自由にお書きください <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> 〒061-0234 石狩郡当別町西町32-2 当別町総合保健福祉センター「ゆとろ」内 当別町社会福祉協議会 Tel 0133-22-2301 fax 0133-22-0001 </div> | | | | | |