札幌認知症の人と家族の会 入会申込書

記入日　　年　　月　　日

ご記入のうえ郵便またはＦＡＸにて事務局へお送りください。

会員	ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	男・女
			電話番号 (携帯可)			
	住所	〒				
	職業		勤務先			
	介護状態	1. 現在介護中（A会員）　2. 過去に介護した（B会員） 3. その他（C会員：介護職、学生、ボランティア等）				
要介護者	ふりがな 氏名		性別	男・女	続柄	
			同居・別居（住所欄に記入してください）			
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日			年齢	歳
	住所 (別居の方)					
介護保険		自立　要支援１　要支援２　要介護　１　２　３　４　５ 認定は受けていない				
利用しているサービス　(○をつけてください) １．デイサービス　２．デイケアサービス　３．ホームヘルパー ４．ショートステイ　５．訪問看護　６．訪問リハビリ ７．訪問診療　８．配食サービス　９．訪問入浴 １０．訪問歯科　１１．その他（　　）						
入院・入所 (病院・施設名)			何時から　　年　　月			
①認知症についての受診	昭・平・令　　年　　月頃		受診機関名			
			診断名			
②症状に気づいた時期	昭・平・令　　年　　月頃					
③症状 (あてはまるものに○をつけてください)	・物忘れがある　・徘徊がある　・同じことを何度も言う ・妄想がある　・幻覚がある　・時間や場所を認識できない ・うつ状態がある（億劫がる、人に会うのを嫌う等）　・多動 ・感情のコントロールができない　・暴力がある ・その他（　　）					
■入会の動機･介護でお困りのこと･その他を裏面にご自由にご記入ください。						

事務局記入欄

会費納入日　　年　　月　　日　現金・振込	入会日　　年　　月　　日

裏面へ

■入会の動機・介護でお困りのこと・その他をご自由にご記入ください。

【ご連絡先】 札幌認知症の人と家族の会　事務局

〒060-0002 札幌市中央区北２条西７丁目(かでる２・7)2 階
北海道ボランティア・市民活動センター内
電話・FAX　011-281-2969(火・水)10:00～15:00