

**NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会**  
 ( 通称 NPO法人北海道ひまわりの会)  
**【入会申込書】**

下記の通り入会を申し込みます

記入日 年 月 日

<b>申込者</b>	ふりがな			年 齢	昭和 年 月 日 歳	
	氏 名 (団体名)	男 ・ 女		電話/FAX		
				携 帯		
				E-mail		
住 所	〒 - (自宅・勤務先)					
区 分	1. 本人(A会員)    2. 現在介護家族(A会員)    3. 元介護家族(B会員) 4. 支援者(C会員) 所属 (職種/業種 )					
<b>認知症の人</b>	ふりがな			続 柄	(申込者からみて)	
	氏 名	男 ・ 女				
	年 齢	昭和 年 月 日生( 歳)	同居 ・ 別居			
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職(発病を期に退職、他)				
	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 入院・入所( ) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他( )				
診 断	診断時期(平成 年 月ころ) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉変性症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 (・前頭側頭型・意味性・進行性非流暢性)認知症 <input type="checkbox"/> その他( )					
介護保険	1・要支援(1・2)    2・要介護(1・2・3・4・5)    3・申請中    4・認定を受けていない					
入会の紹介先	1. 医師    2. 病院の相談室    3. 行政など相談窓口    4. 介護事業所    5. 自から調べて    6. その他					
通信送付上の確認	宛名 <input type="checkbox"/> 申込者のみ <input type="checkbox"/> 申込者と本人連名					
	送付先住所が申し込み者と異なる時のみ記入					
入会の動機、生活や介護でお困りの事、その他自由にお書きください						
事務局記載欄	会費納入日 年 月 日 ( 現金 ・ 振込 )    台帳入力済み <input type="checkbox"/> 資料提供 <input type="checkbox"/>					

\* ご記入後直接手渡し、FAX(011-205-0804)、郵送などで本会事務局へお送りください。  
 \* これらの情報は本会の活動の趣旨に沿った目的以外に使用することはありません。