**NPO法人　認知症友の会　会員登録のご案内**

会員種別説明

**本人会員**…………認知症の方。診断されていなくても、認知症の症状がある方。

　　　　　　　　NPO法人の総会議決権はありません。

**家族会員**…………認知症の方のご家族。活動に参加するが、運営の手伝いはしない方。

　　　　　　　　NPO法人の総会議決権はありません。

**家族運営会員**……認知症の方のご家族で、会の運営のお手伝いを多少していただけるご家族。

NPO法人の総会議決権があります。総会の出席は委任状に変更可能です。

**支援会員**…………一般の方。介護専門職、学生を含みます。実務の支援を行っていただける方。

NPO法人の総会議決権はありません。

**支援運営会員**……本人・家族以外の方で活動の運営に関わりたい方。積極的に運営に参加していただける方。

学生ボランティアも入れます。

NPO法人の総会議決権があります。総会の出席は委任状に変更可能です。

**賛助会員**…………年会費一口5000円。何口でも可能。

活動への出席は問いません。個人、団体、企業を問いません。

　　　　　 NPO法人の総会議決権はありません。

　　　　　 毎年会費継続の依頼をお届けします。

　　　　　 寄付金控除希望の方は、お問い合わせください。

※交流会事業及び相談事業は、会員でなくても参加可能です。

※賛助会員以外は年間費はいりません。

ただし、年間費を払う余裕のある方は、賛助会員にも別途ご登録いただき、年会費の納付にご協力ください。

※支援会員の活動時謝金はございません。

無償でご支援していただきます。交通費などの支給は行っておりません。

参加費の設定がある活動時に支援者の方に参加費の納入義務はありませんが、納入にご協力いただけるとたすかります。

また、支援者にも作成物の持ち帰りがある場合に、参加費を納入していただくこともございます。

(支援者の作成物材料は準備個数に含まれておりませんので、余った時のみとなります。)

単発でなく業務を覚えていただいている学生ボランティアや専門職等に対しては、理事の権限範囲内で交通費の補助をその都度支給する場合があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | **種別** | 本人・家族・一般・福祉専門職・学生 | | |
| 氏名  （男・女）  西暦　　　年　　月　　日（　　　歳） | | **会員**  **種別** | 本人会員・家族会員・家族運営会員  支援会員・支援運営会員・賛助会員（　　　口）  ※一口5000円 | | |
| ふりがな | | **種別** | 本人・家族・一般・福祉専門職・学生 | | |
| 氏名  （男・女）  西暦　　　年　　月　　日（　　　歳） | | **会員**  **種別** | 本人会員・家族会員・家族運営会員  支援会員・支援運営会員・賛助会員（　　　口）  ※一口5000円 | | |
| ふりがな | | **種別** | 本人・家族・一般・福祉専門職・学生 | | |
| 氏名  （男・女）  西暦　　　年　　月　　日（　　　歳） | | **会員**  **種別** | 本人会員・家族会員・家族運営会員  支援会員・支援運営会員・賛助会員（　　　口）  ※一口5000円 | | |
| ふりがな | | **種別** | 本人・家族・一般・福祉専門職・学生 | | |
| 氏名  （男・女）  西暦　　　年　　月　　日（　　　歳） | | **会員**  **種別** | 本人会員・家族会員・家族運営会員  支援会員・支援運営会員・賛助会員（　　　口）  ※一口5000円 | | |
| ふりがな | | **種別** | 本人・家族・一般・福祉専門職・学生 | | |
| 氏名  （男・女）  西暦　　　年　　月　　日（　　　歳） | | **会員**  **種別** | 本人会員・家族会員・家族運営会員  支援会員・支援運営会員・賛助会員（　　　口）  ※一口5000円 | | |
| **連絡先** | ふりがな | | | | |
| 住所　〒　　－ | | | 電話（　　　　‐　　‐　　　　）  携帯電話（　　　　‐　　‐　　　　）  ※ご希望の時間帯（　　　　　　　　　　）  FAX（　　　　‐　　‐　　　　） | |
| 氏名 | | |
| **会からの連絡を受け取る連絡先**（当てはまるものに☑） | | | | | |
| □郵送　　□電話　　□FAX　　□携帯電話　　□メール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 会の活動内容をインターネットのブログで公開していますが、確認は可能ですか。 | | | | | はい　・　いいえ |

NPO法人　認知症友の会　会員登録

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人データ記入項目** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 発症時の西暦（分らなければ発症時の年齢）  　　　　　　　　　　年・歳 | | | | | | | 主治医名 | | | | | | | | 現在の通院頻度 | | |
| （ヵ月・週間）に  　　　回 | | |
| 診断日  年　　月　　日　／　未診断 | | | | | | | 掛かり付け病院名 | | | | | | | |
| 投薬 | アリセプト（10mm・5mm）・メマリー・リバスタッチパッチ・イセクロンパッチ・抑肝散・レミニール(溶けるタイプ)・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他疾患 | 病名  掛かり付け医 | | | | | | | | 他疾患による投薬 | | | | | | | | |
| 認知症の診断名（当てはまるものに○） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アルツハイマー型　　脳血管性型　　前頭側頭葉型　　ピック病　　レビー小体型　　水頭症  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害自立支援医療 | | | | | | 身体障害者手帳 | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | |
| 利用している・していない | | | | | | （　　　　　）級　・　なし | | | | | | （　　　　　）級　・　なし | | | | | |
| 年金（下記に☑） | | | | | | | | 現在の介護保険認定度（当てはまるものに○） | | | | | | | | | |
| □国民年金(老齢基礎年金) | | | □障害基礎年金 | | | | | 要介護５　　要介護４　　要介護３  要介護２　　要介護１　　要支援 | | | | | | | | | |
| □厚生年金(老齢厚生年金) | | | □障害厚生基礎年金 | | | | |
| □共済年金(企業年金) | | | □なし | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の家族構成 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 本人と | | 生年月日 | | 年齢 | | | | 職業 | | | 間柄 | |
|  | | | | | 同居  別居 | | 年　　月　　日 | | 歳 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | 同居  別居 | | 年　　月　　日 | | 歳 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | 同居  別居 | | 年　　月　　日 | | 歳 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | 同居  別居 | | 年　　月　　日 | | 歳 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | 同居  別居 | | 年　　月　　日 | | 歳 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所（デイサービス等）の通所（当てはまるものに☑。複数回答可） | | | | | | | | | | | | | | 精神科デイケア | | |
| □一般の介護施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　）  □認知症対応の介護施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　）  □小規模多機能型の介護施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし | | | | | | | | | | | | | | □週　　　　　　回  □利用していない | | |
| 生活援助（ホームヘルパー） | | | | | | 訪問看護 | | | | | | 訪問作業療法士 | | | | |
| □週　　　　　　回  □利用していない | | | | | | □週　　　　　　回  □利用していない | | | | | | □週　　　　　　回  □利用していない | | | | |
| 可能な移動手段  （当てはまるものに☑） | | 本人のみ | | □車　□電車　□バス　□タクシー | | | | | | 同伴 | □車　□電車　□バス　□タクシー | | | | | |

**本人に対するアンケート**

　以下の質問にお答えください。

１）何らかの仕事を継続してやりたいという意欲はありますか。参加してみたいと思われる以下の

活動に○をしてください。（複数可）

交流会　　昼食会　　お出かけイベント　　就労支援活動　　なし

２）認知症を学ぶ学生に協力したいですか。　　　はい　・　いいえ

３）現在できなくなっていることを以下の項目から選んでください。（当てはまるものに☑。複数回

答可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☑ | 項目 | | いつ頃から |
| □ | | 字が書けない。 |  |
| □ | | 散歩に行くと道に迷う。 |  |
| □ | | 計算ができない。 |  |
| □ | | 携帯電話で家族に連絡を取ることができない。 |  |
| □ | | トイレの場所まで一人で辿りつけない。 |  |
| □ | | その他  （記入） |  |

４)得意なことはなんですか。

５)この作業ならできる、というものをお書き下さい。

例）封筒のラベル貼り

※年度末にご本人の状態の変化に対して項目の際記入をお願いします。ご協力お願いいたします。

|  |
| --- |
| **主要介護者　記入項目** |
|  |
| 以下の質問にお答えください。 |
| １)ご本人との間柄は何ですか。　　（　　　　　　　　　　） |
| ２)ご本人とは　　同居　・　別居 |
| ３)あなたの健康状況をお答えください。 |
| 現在、通院している。　　　いいえ　・　はい（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 慢性疾患を持っている。　　いいえ　・　はい（病名：　　　　　　　　　　　） |
| ４)職業（当てはまるものに☑。）  　□専業主婦　　□パート（周　　　時間）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ５)ご本人が認知症を発症したことであなたに起きた症状に☑を入れてください。（複数回答可。ご記入いただけなくてもかまいません。）  □寝にくい  □食べにくい  □食べ過ぎる  □ストレスがたまっている  □友達づきあいがなくなった  □その他 |
| ６)ご本人が認知症を発症したことで経済的余裕がなくなった。（ご記入いただけなくてもかまいません。）  　はい　・　いいえ |

記入者氏名：

記入者氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家族運営会員・支援会員・支援運営会員　　記入項目** | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 現在の職業 | | | 業務内容 | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 活動に参加しやすい日へ○（まる）を | 曜日 | 時間帯 | | | 所持資格 | | 運営に生かせる職歴はありますか？ |
| 月 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | | (例)簿記、会計、事務、ヘルパー |
| 火 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
| 水 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
| 木 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
| 金 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
| 土 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
| 日 | 午前 | 午後 | 夜間 |  | |  |
|  |  | | | | | | |
| 資格を生かしてみたい事業は何ですか。 | | | | | | | |
| □本人の交流会における直接支援。  　□資格・趣味※を生かしてリハビリプログラムを独自に開発するのに協力したい。  　　※趣味（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 会場までの交通手段 | | | | | | 宇治・城陽・伏見等で通える範囲はどこまでですか。 | |
| □電車　□バス　□バイク　□車※  ※車の方→本人を駅等への送迎は（可能・不可能） | | | | | |
| フェイスブックに加入していますか。　　はい　・　いいえ | | | | | | | |