

話し相手ボランティア依頼書

申込み 平成 年 月 日

利 用 者	住所	(施設名・病院名…)	TEL () —	—
	フリガナ		FAX () —	
	氏名		男・女	生年 月 日
調 整 先	TEL () —		機関名	
	FAX () —		担当者名	
本人の現況 *できるだけ具体的にご記入下さい				
認 定	介護 ()、身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
視 力	正常・細かいものは見えない・ほとんど見えない・見えない(裸眼・メガネ・他：)			
聴 力	正常・大きな声は聞こえる・ときどき聞こえない・聞こえない (特記：)			
意思伝達	日常生活に支障がない・ときどきできない・ほとんどできない (伝達手段：会話 筆談 表情 その他)			
認知状況	自立・軽度・中度・重度 (特記：)			
うつ・意欲低下	なし・あり ()			
精神症状	なし・あり(妄想 幻覚 せん妄 その他：)			
歩 行	自立・見守り・一部介助・全介助(補助具：)			
趣味・楽しみ・特技			家族構成	
生活歴				
一日の過ごし方				
希 望 内 容	頻度		曜日・時間帯	
	長さ		開始時期	
ボランティア について… 記入あるいは○を記入	性別	男・女・どちらでもいい	年 代	(代) こだわりはない
	地区	(近隣の方) 可・不可	入れ替り	入れ替わってよい・固定がよい
	その他	いっしょに○○○をしてほしい、○○○の話ができる人だったら など		
備 考			* 事務局記入	
			受付日 年 月 日	受付者 ()
			初回申請日 年 月 日	受付者 ()
	課長	係長	コーディネーター	担当

※キャンセルは判明しだい、下記ボランティアセンターへご連絡ください

依頼連絡先：三田市ボランティア活動センター TEL 079-564-0410 FAX 079-559-5945

処 理 状 況	
年 月 日	

決定事項	開始日		実施日時	
	頻 度		時間 / 1回	
	活動者	氏名		備考：
		TEL () —		
		氏名		備考：
		TEL () —		
		氏名		備考：
		TEL () —		
		氏名		備考：
		TEL () —		