

## 話し相手ボランティア依頼書

申込み

年

月

日

<b>利 用 者</b>	住所	(施設名・病院名…)	TEL ( ) —	—	FAX ( ) —	—
	フリガナ		男・女	生年	M・T・S ( 歳)	
	氏名			月日	年 月 日	
<b>調 整 先</b>	TEL ( ) —		<b>機関名</b>			
	FAX ( ) —		<b>担当者名</b>			
<b>本人の現況 *できるだけ具体的にご記入下さい</b>						
<b>認 定</b>	介護 ( )、身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )					
<b>視 力</b>	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： )					
<b>聴 力</b>	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： )					
<b>意思伝達</b>	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 )					
<b>認知状況</b>	自立・軽度・中度・重度 (特記： )					
<b>うつ・意欲低下</b>	なし・あり ( )					
<b>精神症状</b>	なし・あり(妄想 幻覚 せん妄 その他： )					
<b>歩 行</b>	自立・見守り・一部介助・全介助(補助具： )					
<b>趣味・楽しみ・特技</b>				<b>家族構成</b>		
<b>生活歴</b>						
<b>一日の過ごし方</b>						
<b>希 望 内 容</b>	頻度		曜日・時間帯			
	長さ		開始時期			
<b>ボランティア について… 記入あるいは○を記入</b>	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				
<b>備 考</b>				<b>* 事務局記入</b>		
			受付日	年 月 日	受付者 ( )	
			初回申請日	年 月 日	受付者 ( )	
	課長	主任	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**

<b>処 理 状 況</b>	
<b>年 月 日</b>	

<b>決 定 事 項</b>	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 (       )       -		