

話し相手ボランティア依頼書

申込み 令和 年 月 日

利 用 者	住所	(施設名・病院名…)		TEL () —	
	フリガナ		男・女	生年 月 日	M・T・S (歳) 年 月 日
	氏名				
調 整 先	TEL () — FAX () —	機関名 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 ・ とくとき聞こえない ・ 聞こえない (特記：)				
意思伝達	日常生活に支障がない ・ とくときできない ・ 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	副課長

※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 () —				