

傾聴ボランティア活動依頼書 兼 情報提供票

● 太ワクの中をご記入ください。

希望者	ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女
	住所	生年月日
	電話	年 月 日生 () 歳
紹介者	連絡先(施設・担当者名、又は個人名)	希望者との関係 1.親 2.子 3.配偶者 4.兄弟姉妹 5.親類 6.隣人・知人 7.民生委員 8.介護支援専門員 9.地域包括支援センター 10.在宅介護支援センター 11.行政 12.医療機関 13.社会福祉協議会 14.その他()
	連絡先住所	
	連絡先電話	
回数	月1回 2週間に1回 その他()	
方法	自宅訪問 電話 その他()	
依頼理由	(例)・家族Aさんが介護疲れのため。・軽度な認知症状があり、話相手を求めている等。	
本人状態	高齢 認知症状 病弱 精神的に不安 知的障害 精神障害 介護区分や手帳など () その他()	
世帯状況	世帯状況 1人暮らし ・ 日中1人暮らし ・ 同居者有(人)	
	※1人暮らしの場合 緊急時の連絡先(電話番号 間柄)	
留意点	健康状態 持病の有無など	
	好きな話題	
	その他 ボランティアの訪問者は旧町外の人を希望、同性を希望するなど	
傾聴ボランティアの利用を希望し、ボランティア活動者に記載内容を情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 本人 (同居者)		

備考		市社協 受付年月日	受付者