

ふれあい訪問員申込書

以下の事項を了解の上、ふれあい訪問員の訪問を申し込みます。

- ・訪問員はヘルパーではないため、家事の手伝いなどのお引き受けはできません。
- ・ご希望の訪問地区に訪問員が不足している場合、訪問開始まで時間がかかることがあります。
- ・トラブルの原因になるため、金銭等の授与はしないでください。
- ・原則、月に一度、30分程度の訪問になります。また、自宅への訪問であり外出時の事故等について区は責任を負いかねます。
- ・訪問員はボランティアの方であるため、区で訪問活動が困難と判断した場合、訪問を中止させていただきます。(重度認知症や対人関係トラブルの多発など)

対象者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住所	江戸川区	電話番号 携帯番号	() ()		
	世帯 状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしである <input type="checkbox"/> 60歳未満の同居の親族がいるが日中独居である <input type="checkbox"/> 世帯員全員が60歳以上である <input type="checkbox"/> その他 ()				

記入者	ふりがな 氏名		続柄	
	住所		電話番号 携帯番号	() ()

※対象者本人と同一の場合は記入の必要はありません。

親族などの 連絡先	親族の氏名	続柄	住所	電話番号
				()
				()

※記入者と同一の場合は記入の必要はありません。

訪問員の活動時の参考資料として情報提供いたします。可能な範囲でご記入ください。

- 【健康状態】 普通 体調に不安がある 寝たきりである
- 【聴力】 聞こえる 大きな声なら聞こえる 筆談の必要がある
- 【視力】 見える かすかに見える まったく見えない
- 【歩行】 できる 杖などの補助器具を使用する 介助が必要 歩けない
- 【通院状況】 なし あり (週 回くらい 曜日)
- 【ヘルパーやデイサービス等の利用】 なし あり (週 回くらい 曜日)
- 【趣味・特技】
- 【訪問員への連絡事項】