

『ケアボランティア』依頼書

依頼日 H 年 月 日

氏名	男 女	生年月日 T・S 年 月 日 (歳)	主治医
住所	TEL (自宅) (携帯)		職業： 学校：
診断名：			
病歴 _____ _____ _____			
処方歴： (別紙最終処方箋参照)			
治療計画・目標 年 月 日・・・オリエンテーション 年 月 日・・・ケアボランティア関係			
備考 (禁忌・注意・変化・追加等)			
依 頼 内 容			
① テーブル拭き、ナプキン畳み、シーツ交換補助		⑤ 食事介助補助	
② ご入所者様・ご通所者様の話し相手		⑥ 入浴介助補助	
③ リクリエーション補助		⑦ 移動介助補助	
④ デイケア対応補助		⑧ その他()	
【施行日】 週 回			
【施行曜日】 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
【施行時間】 AM AM PM : ~ PM :			
【注意】 患者様のプライバシー保護の観点から、この情報の内容は、主治医の許可があるとき以外、決して患者様本人、そのご家族及び部外者等にもらしてはならない。			