

『ケアボランティア』内容書 《患者様用》

氏名 _____ 様

ボランティア内容

- ① テーブル拭き、ナフキン畳、シーツ交換補助
- ② ご入所者様・ご通所者様の話し相手
- ③ リクリエーション補助
- ④ デイケア対応補助
- ⑤ 食事介助補助
- ⑥ 入浴介助補助
- ⑦ 移動介助補助
- ⑧ その他(_____)

【開始日】 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) ~ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) まで

【施行日】 _____ 週 _____ 回

【施行曜日】 _____ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

【施行時間】 AM _____ AM
PM _____ : _____ ~ PM _____ : _____

【その他注意事項】

[_____]