

ボランティア活動(登録)申込書

社会福祉法人 長生会
理事長 柳 茂 殿

私は、ボランティア活動規定を十分に理解した上で、別紙「ボランティア活動者調査票」を添えて、活動の登録許可を頂きたいと申請致します。

申込日	平成	年	月	日		
ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成
氏名	印			年	月	日
連絡先	電話番号①				備考	写真 添付
	電話番号②				備考	
	電話番号③				備考	
住所	〒 —					
ご家族 氏名	ふりがな			続柄	連絡先①	—
	氏名				連絡先②	—
			連絡先③		—	
ボランティア希望施設及び動機等						
ボランティア活動内容						
環境	<input type="checkbox"/> 室内清掃	<input type="checkbox"/> 屋外清掃・草取り	<input type="checkbox"/> 車椅子清掃・メンテナンス			
	<input type="checkbox"/> シーツ交換・衣類補正等	<input type="checkbox"/> 洗車(自動車整備)	<input type="checkbox"/> その他()			
余暇活動	<input type="checkbox"/> 手工芸・絵手紙教室	<input type="checkbox"/> 囲碁・将棋の相手	<input type="checkbox"/> 絵画等の教室			
	<input type="checkbox"/> 生花教室	<input type="checkbox"/> お茶(茶道)教室	<input type="checkbox"/> 書道(習字)教室			
	<input type="checkbox"/> 日本舞踊教室	<input type="checkbox"/> 音楽療法(音楽教室)	<input type="checkbox"/> その他()			
介助	<input type="checkbox"/> 傾聴ボランティア	<input type="checkbox"/> 入浴後のドライヤー	<input type="checkbox"/> 日常の見守り			
	<input type="checkbox"/> 介護助手(簡単な介助)	<input type="checkbox"/> 施設外行事の支援	<input type="checkbox"/> イベント時の運営支援			
	<input type="checkbox"/> イベント時の出店	<input type="checkbox"/> イベント時の出演	<input type="checkbox"/>			
学生	<input type="checkbox"/> 介護実習体験	<input type="checkbox"/> 看護実習体験	<input type="checkbox"/> 中学校職場体験			
	<input type="checkbox"/> リハビリ助手体験	<input type="checkbox"/> 社会福祉相談員体験	<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> その他					
ボランティア活動頻度						
<input type="checkbox"/> 行事の際		<input type="checkbox"/> 年に数回		<input type="checkbox"/> 月に1回程度		
<input type="checkbox"/> 月に3~4回程度		<input type="checkbox"/> 週に1回程度		<input type="checkbox"/> 週に3~4回程度		
<input type="checkbox"/> その他						
希望日:						
備考(職歴・趣味・資格等)						

ボランティア活動者調査票

この調査票は社会福祉法人長生会においてボランティア活動を実施して頂くにあたり、感染症の危険性把握や活動中の体調不良時の対応等の為、健康状態を確認するもので、知れた個人情報 は目的外には使用致しません。

記載日	平成 年 月 日	氏 名		
順	質 問 内 容		回 答	
1	今までに病気にかかったことがありますか？		1. はい	2. いいえ
	1. はいの場合、それはどんな病気ですか？ ()			
2	現在、右の治療を受けていますか？また、過去に受けたことがありますか？	高血圧(血圧を下げる薬(降圧剤))	1. はい	2. いいえ
		糖尿病(血糖を下げる薬やインシュリン注射)	1. はい	2. いいえ
		貧血の治療(内服)	1. はい	2. いいえ
		狭心症発作時はニトログリセリン等を服用	1. はい	2. いいえ
		心臓病(狭心症や心筋梗塞など)	1. はい	2. いいえ
		脳卒中(脳出血や脳梗塞など)	1. はい	2. いいえ
		慢性の腎不全による人工透析	1. はい	2. いいえ
		ひきつけ、痙攣、意識障害をおこしたことがある	1. はい	2. いいえ
		統合失調症の治療	1. はい	2. いいえ
		うつ病の治療	1. はい	2. いいえ
アルコール依存症の治療	1. はい	2. いいえ		
3	現在、どんな症状が見られますか？	胸の奥が(痛い・苦しい・やける・圧迫される・不快な)感じがする	1. はい	2. いいえ
		息切れがしたり動悸がしやすい・脈が乱れる	1. はい	2. いいえ
		手足や顔がむくむことがある	1. はい	2. いいえ
		せきやたんがよく出る	1. はい	2. いいえ
		夜、呼吸がゼイゼイする	1. はい	2. いいえ
		食欲がない	1. はい	2. いいえ
		食後に胃が張る、もたれる	1. はい	2. いいえ
		吐き気がする	1. はい	2. いいえ
		頭痛がひどい	1. はい	2. いいえ
上を向くとフラフラする	1. はい	2. いいえ		
4	1ヶ月以内に感染性の病気で自分自身若しくは家族が治療を受けましたか？		1. はい	2. いいえ
	1. はいの場合、それはどんな病気ですか？ ()			
5	ここ1ヶ月の間に自分自身若しくは食事・浴室・洗濯等を共有する家族に右のような症状が見られていませんか？	結膜の充血、目ヤニがたくさん出る、まぶたが腫れる、まぶたの裏側にブツブツができる、目がゴロゴロする、まぶしい。	1. はい	2. いいえ
		吹き出物のような痛み。皮膚のトンネルあるいは発疹。激烈なかゆみ。体のひっかき傷。全身にかゆみが広がる。	1. はい	2. いいえ
		悪寒、高熱、強い頭痛、全身の倦怠感や筋肉痛といった諸症状が、急速に出現しの痛みや、鼻づまり・鼻水、腹痛や下痢といった胃腸系の症状が見らる。	1. はい	2. いいえ
		咳、痰、血痰、喀血、胸痛、呼吸困難等の症状が3週間以上続く、また発熱、発汗、体重減少、食欲不振、倦怠感等の症状が続いている。	1. はい	2. いいえ
		しつこい下痢やひどい寝汗、理由のない急激な体重減少などが見られ、更に日和見(ひよりみ)感染や悪性腫瘍、神経障害等がおきている。	1. はい	2. いいえ
		熱は微熱であるが、吐き気、嘔吐(おうと)、下痢、腹痛などの症状が続いた。	1. はい	2. いいえ

その他、健康面で気になることがございましたら、ご記入下さい。