

お客様のお名前			
サポート日時	年	月	日



家事サポート(掃除)ヒアリングシート

事前ヒアリング内容(サポート当日までにメッセージで確認しましょう)

1.掃除箇所(作業時間の目安:2時間でキッチン、お風呂、洗面所1箇所、トイレ1箇所/3時間で左記+リビングの掃除機がけ・ほこり取りなど)						
	作業の有無	優先順位	特に気になる部分・重点的にやってほしい箇所			
キッチン	<input type="checkbox"/>					
お風呂	<input type="checkbox"/>					
洗面所	<input type="checkbox"/>					
トイレ (個)	<input type="checkbox"/>					
リビング	<input type="checkbox"/>					
部屋 (部屋数:)	<input type="checkbox"/>					
玄関	<input type="checkbox"/>					
その他	<input type="checkbox"/>					
2.作業スタンス・コミュニケーションの取り方(当てはまるものを確認しましょう)						
	時間をかけて優先箇所を丁寧に	<input type="checkbox"/>	作業の順番など細かく指示をしたい	<input type="checkbox"/>		
	とにかくスピード重視で満遍なく	<input type="checkbox"/>	サポーターにお任せしたい	<input type="checkbox"/>		
3.掃除道具・洗剤						
(ご自宅にあるもの)	雑巾(クロス)	<input type="checkbox"/>	除菌シート	<input type="checkbox"/>	重曹	<input type="checkbox"/>
	掃除機	<input type="checkbox"/>	お風呂用洗剤	<input type="checkbox"/>	クエン酸	<input type="checkbox"/>
	ペーパーモップ	<input type="checkbox"/>	食器用洗剤	<input type="checkbox"/>	セスキ	<input type="checkbox"/>
	ブラシ	<input type="checkbox"/>	トイレ洗剤	<input type="checkbox"/>	メラミンスポンジ	<input type="checkbox"/>
	キッチン用スポンジ	<input type="checkbox"/>	トイレ用シート	<input type="checkbox"/>	歯ブラシ	<input type="checkbox"/>
	トイレ用ブラシ	<input type="checkbox"/>	塩素系漂白剤	<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/>
4.掃除道具・洗剤は持参しても良いか						
		はい	/	いいえ		
(はいの場合)持参する掃除道具・洗剤の内容						
5.塩素系漂白剤は使用しても良いか						
		はい	/	いいえ		

当日ヒアリング内容

1.入ってはいけない場所/触ってほしくないもの
2.ゴミの処理方法の確認(分別方法/捨てる場所)
3.汚れた雑巾(床やトイレに使用したもの)を洗う場所
4.その他気をつけるべきこと、ご要望(ご家庭のルール、衛生面、掃除道具や洗剤の使い分けなど、具体的に確認しましょう)
MEMO