

面会受付表

面会日	月 日 ()	受付時刻	時 分
		終了時刻	時 分
病 棟	☐ 3 階 ☐ 4 階		
患者氏名			

面会者 (ご親族のみ、中学生以上)	氏名①	氏名②
	関係	関係
	電話番号	電話番号

体調確認等の質問 ※体温の記入、質問事項への☑をお願いします

体温測定 ※37℃以上は面会不可	℃	℃
2日以内の下痢嘔吐の有無	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
7日以内の風邪症状の有無	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
7日以内のインフルエンザ 感染の有無	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
10日以内の新型コロナウイルス感染の有無	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
同居家族の5日以内の感染症の有無	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり

以下の注意事項をご確認のうえ、☑をお願いします

- ・面会者は2名までです ☐
- ・面会時間は15分以内をお願いします ☐
- ・マスク着用をお願いします ☐
- ・手指消毒をお願いします ☐
- ・面会中の飲食はお控え願います ☐