

太枠内を記入し面会受付へご提出ください

患者様氏名		面 会 日	令和 年 月 日
ふりがな		病 棟 ・ 病 室	(1・2・3)号館 (1・2・3・4・5)病棟 ( )号室
面会者氏名	続 柄		連絡先電話番号
		面会時の体温	℃
下記の体調確認の該当する項目にシ点を記入してください			
<input type="checkbox"/> 1週間以内に37.0度以上の発熱がない			
<input type="checkbox"/> 1週間以内に発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・頭痛・味覚・嗅覚障害・嘔吐・下痢等の症状がない			
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスやインフルエンザなどの療養中ではない			
<input type="checkbox"/> 家族や同僚など身近な人にコロナウイルスやインフルエンザなどの罹患者がいない			

NO. ( )	面会時間	:	~	:
---------	------	---	---	---

太枠内を記入し面会受付へご提出ください

患者様氏名		面 会 日	令和 年 月 日
ふりがな		病 棟 ・ 病 室	(1・2・3)号館 (1・2・3・4・5)病棟 ( )号室
面会者氏名	続 柄		連絡先電話番号
		面会時の体温	℃
下記の体調確認の該当する項目にシ点を記入してください			
<input type="checkbox"/> 1週間以内に37.0度以上の発熱がない			
<input type="checkbox"/> 1週間以内に発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・頭痛・味覚・嗅覚障害・嘔吐・下痢等の症状がない			
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスやインフルエンザなどの療養中ではない			
<input type="checkbox"/> 家族や同僚など身近な人にコロナウイルスやインフルエンザなどの罹患者がいない			

NO. ( )	面会時間	:	~	:
---------	------	---	---	---