

面会・面談受付票

私（たち）は、下記「確認事項」の内容を確認しました。

1.入院患者さまのお名前 _____ 病棟 _____ 階 _____

2.面会日時 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分～

※面会時間は1日2名以内15分です。

※面会日時は病院が受付時に記入

3.面会者のご氏名

検温結果 (_____) °C

面会者① _____ 面会札 NO. (_____)

検温結果 (_____) °C

面会者② _____ 面会札 NO. (_____)

確認事項（患者さまを感染から守るために）

下記事項へのチェックをお願い致します。

(1) 次の事項のいずれかに該当する場合は、入館・面会をお断りします。

- 発熱（37.5℃以上）や咳、鼻水などの風邪症状がある場合
- 面会希望者が、新型コロナウイルスに感染し、発症日を含めて10日が経過していない場合
- 面会希望者の同居家族またはマスクをつけない会話や飲食を共にした人が新型コロナウイルスに感染し、接触後1週間経過していない場合

(2) 次の事項を遵守してください。遵守いただけない場合は、入館・面会をお断りします。

- 入館前に、アルコール消毒液で手指消毒を行うこと。
- 入館後は、マスクを着用すること
- 決められた面会人数（家族・キーパー2名以内）と面会時間（15分以内）は必ず守ること

(3) 面会後に感染症発症（面会日含め2日以内）が判明した場合速やかに当院までご連絡をお願い致します。

※当院記載欄

受付日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 / 対応者： _____

札返却確認：