

# 面会チェック票

空欄を記入後、以下の質問に○を記入してください。「はい」に○が一つでも付く場合（ワクチンを除く）面会は出来ません。ご了承ください。また、体調が優れない場合は、面会をご遠慮ください。院内感染の防止に、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

面会日：令和 年 月 日 ( )

面会開始時間： 時 分 面会終了時間： 時 分

患者氏名： \_\_\_\_\_

面会者（あなた）の氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

面会者（あなた）の住所： \_\_\_\_\_

面会者（あなた）の連絡先： \_\_\_\_\_ (日中連絡がしやすい番号をお願いします)

\*下記の 2,3 の項目に「はい」がある、感染症の可能性がある場合は  
ご面会をご遠慮ください。

1. 本日の体温 (37 度以上の方は面会できません)	体温 度
2. 1 週間前からの体調をお答えください 1) 37 度以上の発熱が続いている 2) 咳・痰・鼻汁・咽頭痛などのかぜ症状がある 3) 倦怠感がある 4) 胃腸炎症がある（嘔気・嘔吐・下痢）	どちらかに○をつけください はい ・ いいえ はい ・ いいえ はい ・ いいえ はい ・ いいえ
3. 周囲に新型コロナウイルス感染症に感染している方はいますか	はい ・ いいえ
4. 新型コロナのワクチンの接種をしましたか	未 ・ 済 ( )回

※この用紙をナースステーションの看護師に渡してください。ストラップは必ず首から下げて病棟にお入りください。面会場所は案内いたします。

※面会終了後ストラップはナースステーションの看護師に返却してください。

※この受付票は1か月の保存期間を経過後廃棄処分します。

※連絡先の記入は院内で感染症が発生したときなど、とても重要なものになります。感染症の拡大などが発生した場合は、ご連絡をさせていただく場合があります。

※個人情報の保護に関する法律に基づき、ご記入いただいた情報は本件の目的以外には使用いたしません。

令和5年3月 新小文字病院