

面会カード

※以下、全てご記載ください
(Ver6)

面会日・予約時間	面会日 (/) ※時間に○印 14:00・14:15・14:30・14:45 15:00・15:15・15:30・15:45
患者様氏名 (カタカナ・フルネーム)	
面会者氏名 (カタカナ・フルネーム)	(代表者)
面会者氏名 (カタカナ・フルネーム)	(2人目)
代表者電話番号 (携帯電話優先)	- -
入院病棟 (いずれかに○)	東 2 3 4 5 ・ 西 2 3

右側の感染リスクのご質問にも
必ずお答えください

以下ご質問にお答えください
(必ずいずれかに○をしてください)
※面会者が2人の場合は2人分お答えください

①	(3日以内に) 発熱症状が あった	(代表者) はい (日付 /) いいえ	(2人目) はい (日付 /) いいえ
②	(5日以内に) COVID-19陽性者 と接触した	(代表者) はい (日付 /) いいえ	(2人目) はい (日付 /) いいえ
③	(6日以内に) 自身がCOVID-19 陽性になった	(代表者) はい (日付 /) いいえ	(2人目) はい (日付 /) いいえ
④	現在 発熱症状が ありますか	(代表者) はい いいえ	(2人目) はい いいえ
⑤	不織布マスク をしていない	(代表者) はい いいえ	(2人目) はい いいえ

※ひとつでも「はい」に該当があれば、
面会自体をお断りさせていただきます