

面会者アンケート

●
●
_____から



●
●

_____まで

| | |
|-------|-------------------|
| 患者氏名 | |
| 面会者続柄 | 配偶者 ・ 子 ・ その他 () |

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 37度以上の発熱がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 呼吸器症状・風邪症状（咳・喉の痛み）がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| コロナ患者と5日以内に接触をした | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 同居人に5日以内の発熱・呼吸器症状があった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10日以内にコロナと診断された、または、疑いで療養していた | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記チェック項目にて該当項目がある場合は面会はできません

- ◎面会時間は**10分間**です
- ◎**飲食は禁止**です
- ◎必ず**マスクを着用**してください
- ◎感染対策のため面会中は**居室のカーテンを開けて**ください