

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