

面会受付票

面会日時	令和 年 月 日 午前・午後 : ~ :
患者様名	様(号室)
面会者様名	① (夫・実母・その他)
	② (夫・実母・その他)
内容をご確認の上☑をつけてください	
<input type="checkbox"/> 現在以下の症状はない 37.5℃以上の発熱 ・ 強い倦怠感 ・ 息苦しさ ・ 味覚嗅覚の違和感 下痢 ・ 嘔吐 ・ その他感染症を疑うような症状	
<input type="checkbox"/> 面会者様ご自身が新型コロナウイルスを含む感染症と診断されていない	
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染症を疑われる方はいない	
<input type="checkbox"/> 過去14日以内に海外渡航歴はない	

面会は同居のご家族一名様 一時間以内とさせていただきます

出産の立ち会いをされる方はスタッフとご相談ください

手指のアルコール消毒 マスクの着用にご協力ください