

面会カード

1. 面会日: 年 月 日

2. 面会病棟: 3A 3B 4A 4B

3. 患者氏名: _____

4. 面会者氏名: _____ 続柄()

_____ 続柄()

5. 代表者住所: _____

6. 代表者電話番号: _____ - _____ - _____

7. 次の症状のある方は、チェックし職員にお申し出ください。
感染症の疑いがある場合は、面会をご遠慮いただきます。

- ① 37.5℃以上の熱がある
- ② 咳・咽頭痛などの風邪症状がある
- ③ 下痢 ④ 嘔吐
- ⑤ 息苦しい ⑥ 倦怠感(だるい)
- ⑦ 上記、①～⑥の症状が家族にあった

留意事項

- ・面会者2名の場合は、各々氏名をご記入してください。
- ・面会人数は、ご家族2名まで、面会時間は15分以内、1家族1日1回までとします。(小学校2年生以下・友人はご遠慮ください)
- ・食べ物の持込み、飲食は禁止です。
- ・このカードは面会時、病棟看護師にお渡しください。
お帰りの際は、看護師にお声掛けください。
- ・カード記載のない方は、面会をお断りさせていただきます。
- ・面会時間・退室時間は、看護師が記入します。
時間厳守をお願いします。

※ 面会時間: 時 分～退室時間: 時 分まで