

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】

- ・面会者複数の場合は、各々氏名をご記入してください。
- ・面会は1回につき、2名までとします。
(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。
- ・カード記載し、面会シールをもらいましたら、体の目立つところにお貼りください。
- ・面会時間は、15時～17時までです。