

※ 新患受付に提示した後、病棟に提出してください。

面会申込書

以下の内容を偽りなく記載して申し込みます。

面会日	月 日()		
病棟	階 病棟		
患者さんの名前			
面会者氏名		続柄	体温
面会者氏名		続柄	体温
連絡先電話番号			
面会時間	時 分 ~ ※15分以内		
※ 体調の確認事項です。該当する方に、マルを付けてください。 面会者に、発熱、咳、下痢・嘔吐、味覚・嗅覚の異常等がある (有 ・ 無) 同居家族に、発熱、咳、下痢・嘔吐、味覚・嗅覚の異常等がある (有 ・ 無) ↑ 上記のいずれかが「有」の場合は、面会不可			
マスク着用、手指消毒を行いましたか？ (はい ・ いいえ)			
次の確認事項が「有り」の場合は、病棟看護師に申し出てください。 ・2週間以内の県外往来、又は県外から帰省した家族がいる (有 ・ 無)			
メモ			

●「家族のみ」「最少人数(1人~2人)」「15分以内」「デイルームで」

● 病棟や患者の状態により、面会をお断りする場合があります。

この用紙の情報は、面会管理以外の目的では使用いたしません。

感染対策へのご協力、ありがとうございます -秋田赤十字病院-

ホームページ版:2021.1.4から使用可