

重症心身障害病棟にご面会をされる方へ

ご面会いただく際には、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願いいたします。
 下記の質問で「はい」に○が一つでも付く場合は、面会ができませんのでご了承ください。

| | | | | |
|------------------------|---------|---|---|--------|
| 患者氏名 _____ | ①面会予約日 | 月 | 日 | 看護師サイン |
| 面会者氏名 _____ (続柄 _____) | ②面会予約時間 | : | ~ | : |
| 電話番号 _____ | 来院時間 | : | | () |
| | 退室時間 | : | | () |

※感染症の可能性がある場合は、面会をご遠慮いただく場合がございます。

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. 面会時体温 _____ 度 | |
| 2. 2週間前からの体調についてお答えください | どちらかに○をつけて下さい。 |
| 1) 37度以上の発熱が続いている | はい • いいえ |
| 2) 咳・痰・鼻汁・咽頭痛などの かぜ症状がある | はい • いいえ |
| 3) 息苦しさがある | はい • いいえ |
| 4) 倦怠感がある | はい • いいえ |
| 5) 味がわかりにくい | はい • いいえ |
| 6) 臭いがわかりにくい | はい • いいえ |
| 7) 吐き気・嘔吐 | はい • いいえ |
| 8) 下痢 | はい • いいえ |
| 3. 周囲に新型コロナウイルス感染症の方はいますか | はい • いいえ |
| 4. 2週間以内に他県への移動をしましたか | はい 都道府県名 (_____) • いいえ |
| 5. 家族の中で上記1)～8)の症状がある方はいますか | いる • いない |

***感染症の拡大などが発生した場合は、ご連絡をさせていただく場合があります。ご了承ください。**