

問診票(来院者用)

来院日 年 月 日 時間 :

☐面会(PMのみ可能 病棟にて)

☐リハビリ見学(11~16時可能 リハビリ室にて ※AMは病棟には上がりません)

患者様氏名 病棟 2階・3階・4階 病室

面会者様氏名① 続柄() 来院時体温 °C 名札 No.

面会者様氏名② 続柄() 来院時体温 °C 名札 No.

面会者様氏名③ 続柄() 来院時体温 °C 名札 No.

1. 以下について、あてはまる項目にチェック☑をつけてください

① 1週間以内に風邪の症状がありましたか？

☐ はい(☐ 発熱: 月 日 °C ☐ 咳 ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 呼吸困難 ☐ だるさ)
☐ いいえ

② 2週間以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した方との接触がありましたか？

または同居者に新型コロナウイルス感染症に罹患した方がいらっしゃいましたか？

☐ はい
☐ いいえ

-----以下、面会者のみご記載ください(リハビリ見学者様は記載不要です)-----

2. 以下は、感染拡大防止の観点により病院からお願いしている事項です。

ご理解いただきましたらチェック☑をつけてください。

- ☐ 面会開始から30分が経過したら面会を終了してください
- ☐ 面会の前後に手指消毒を行ってください
- ☐ 患者・面会者ともにサージカルマスクは常に鼻が出ないように正しく着用してください
- ☐ お手洗いは、1階のトイレを使用してください
- ☐ 家族以外の病室への入室は、固くお断りいたします
- ☐ 病室・病棟での飲食は禁止です
- ☐ 院内での撮影(動画・静止画問わず)は、禁止です。発見時はデータを消去させていただきます

私は上記の全ての項目を遵守いたします。 署名

-----以下、事務処理欄-----

返却物	☐ 名札
-----	-----------------------------

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

令和2年7月21日作成 令和7年7月14日改訂