

問診票(面会者用)

来院日時 年 月 日 PM :

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.

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

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・製紙が問わず)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	<input type="checkbox"/> 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6年7月1日改訂