

面会者問診票

感染予防のため、ご記入のご協力をお願いいたします。

ご面会後に当院（病棟）において新型コロナ発生やその疑いが生じた場合、ご面会者へ連絡する場合がございます。予めご了承ください。

令和 6 年 月 日 ()	体温 °C
ご面会者氏名：	電話番号：
患者さま氏名：	患者との続柄：

※以下の項目にご回答をお願いします。

①	5日以内に発熱や頭痛・息苦しさ・風邪症状（喉の痛み・咳・鼻水・倦怠感など）がありますか？	はい	いいえ
②	5日以内に吐き気・嘔吐・下痢症状ありますか？	はい	いいえ
③	5日以内に味や臭いが鈍いことがありましたか？	はい	いいえ
④	5日以内に、同居しているご家族に上記症状がある方はいましたか？	はい	いいえ
⑤	10日以内に新型コロナウイルス感染症に罹患しましたか？	はい	いいえ
⑥	同居家族に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となっている人はいますか？	はい	いいえ

※1つでも「はい」がある方はご面会をご遠慮いただいておりますので予めご了承下さい。

※個人情報の保護に関する法律に基づき、ご記入いただいた情報は本件の目的以外には使用いたしません。

入室時間：	退室時間：
-------	-------