

【2020.9.18】

退館確認

医療法人愛の会 光風園病院

状態確認票

面会日 _____ 月 _____ 日
入院病棟 回復期、西 1、西 2、東 1、東 2
面会者のお名前 _____
面会患者のお名前 _____

(職員記入欄)

体温 _____℃ ※体温は受付で測ります。

マスク着用確認

確認者 _____

以下の質問にお答えください。

1) この 1 週間に認めた症状

*発熱 (37.5℃以上)	はい・いいえ	*強いだるさ	はい・いいえ
*臭いがわかりにくい	はい・いいえ	*のどの痛み	はい・いいえ
*味がわかりにくい	はい・いいえ	*咳	はい・いいえ
*吐き気・嘔吐	はい・いいえ	*痰	はい・いいえ
*下痢	はい・いいえ	*息苦しさ	はい・いいえ

2) 2 週間以内に東京都、神奈川県、大阪府の滞在歴がありますか。

ご本人 はい 県名 _____ ・いいえ
同居のご家族 はい 県名 _____ ・いいえ

3) 2 週間以内に東京都、神奈川県、大阪府の滞在歴のある方と接触しましたか。

ご本人 はい 県名 _____ ・いいえ
同居のご家族 はい 県名 _____ ・いいえ

4) 2 週間以内にいわゆる「3密：密閉・密集・密接」の機会がありましたか。

(複数人での飲食、集会参加、集合しての運動、カラオケ、ライブへの参加など)

ご本人 はい 内容 _____ ・いいえ
同居のご家族 はい 内容 _____ ・いいえ

*ご記入いただいた個人情報は目的以外の使用は致しません。