

退館確認

入館時間 (:)

【2023.4.3】

状態確認票

面会日 月 日

入院病棟 西1 ・ 西2 ・ 回復期 ・ 東

患者氏名 _____

面会者氏名 _____ (歳)

※12歳未満は面会できません

1) 1週間以内に認めた以下の症状がありますか。

*発熱 (37.5℃以上) 【 はい・いいえ 】

*次の症状がありますか 【 はい・いいえ 】

〔 強いだるさ、のどの痛み、咳、痰、息苦しさ、吐き気・嘔吐、下痢、
臭いや味がわかりにくい 〕

2) 同居のご家族で1週間以内に上記1) の症状がある方がいますか。 【 はい・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。

(職員記入欄)

体温 _____℃ ※体温は受付で測ります

マスク着用確認 ※不織布マスク着用 確認者 _____