

【2022.10.10】

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 _____ (_____ 歳) (接種済証：有・無) ※3回目以上必須
※12歳未満は面会できません

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

接種済証確認 ※接種後2週間経過していること

マスク着用確認 ※不織布マスク着用 確認者 _____

以下の質問にお答えください。

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、息苦しき、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

3) ご本人または同居の家族が1週間以内に新型コロナウイルス陽性者と接触しましたか。
はい・いいえ

4) 1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、カラオケ、ライブへの参加など)

ご本人 はい・いいえ

同居のご家族 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。