

※ 面会受付に提示した後、病棟に提出してください。

(間違い防止)病状説明を受ける時は、医療スタッフに患者氏名・患者生年月日・患者との関係(続柄)を自ら名乗ってください。

☐ 面会申込 ☐ 面会せず荷物届け

↑ どちらかを選択し、以下の内容を偽りなく記載して申し込みます。

面会・荷物届日	月 日 ()		
病 棟	階 病棟		
患者氏名	生年月日		
面会者1	続柄	体温	
面会者2	続柄	体温	
連絡先電話番号			
面会時間	時 分 ~ ※15分以内		
※ 体調の確認事項です。該当する方に、マルを付けてください。 面会者及び同居家族に、発熱、咳、下痢・嘔吐、嗅覚の異常等がある (有 ・ 無) ↑ 「有」の場合は、面会及び荷物届不可			
マスク着用、手指消毒を行いましたか? (はい ・ いいえ)			
次の確認事項が「有り」の場合は、病棟スタッフに申し出てください。 ・7日以内の行動歴(会食、人が密集する会合への参加等) (有 ・ 無)			
メモ ・ 荷物品名			

●面会は、「家族のみ」「2名まで」「15分以内」「デイルーム」

● 病棟や患者の状態により、面会をお断りする場合があります。

この用紙の情報は、面会管理以外の目的では使用いたしません。
感染対策へのご協力、ありがとうございます -秋田赤十字病院-R5.6.26

※ 面会受付に提示した後、病棟に提出してください。

(間違い防止)病状説明を受ける時は、医療スタッフに患者氏名・患者生年月日・患者との関係(続柄)を自ら名乗ってください。

☐ 面会申込 ☐ 面会せず荷物届け

↑ どちらかを選択し、以下の内容を偽りなく記載して申し込みます。

面会・荷物届日	月 日 ()		
病 棟	階 病棟		
患者氏名	生年月日		
面会者1	続柄	体温	
面会者2	続柄	体温	
連絡先電話番号			
面会時間	時 分 ~ ※15分以内		
※ 体調の確認事項です。該当する方に、マルを付けてください。 面会者及び同居家族に、発熱、咳、下痢・嘔吐、嗅覚の異常等がある (有 ・ 無) ↑ 「有」の場合は、面会及び荷物届不可			
マスク着用、手指消毒を行いましたか? (はい ・ いいえ)			
次の確認事項が「有り」の場合は、病棟スタッフに申し出てください。 ・7日以内の行動歴(会食、人が密集する会合への参加等) (有 ・ 無)			
メモ ・ 荷物品名			

●面会は、「家族のみ」「2名まで」「15分以内」「デイルーム」

● 病棟や患者の状態により、面会をお断りする場合があります。

この用紙の情報は、面会管理以外の目的では使用いたしません。
感染対策へのご協力、ありがとうございます -秋田赤十字病院-R5.6.26