

面会受付に提示した後、病棟に提出してください。

▶ 病状説明時のお願い

間違い防止のため、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。

以下の太枠内を偽りなく記載して申し込みます。

日 付	月 日 ()		
病 棟	階 病棟		
患者氏名			
家族等1		続柄	体温
家族等2		続柄	体温
家族等3		続柄	体温
連絡先電話番号			
体調等に関する確認事項			
面会者に、発熱、咳、鼻水等の感冒症状がある		有	・ 無
(「有」の場合は、面会不可)			
メモ			

面会時間	時 分 ~ ※30分以内
------	--------------

- ▶ 面会は、「家族・家族に準ずる方」「3名まで」「30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(R8.9.16)

面会受付