

※ 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 荷物届け 退院迎え

↑ いずれかに☑し、以下の内容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	生年月日		
家族1	続柄	体温	
家族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-R5.10.1

※ 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 荷物届け 退院迎え

↑ いずれかに☑し、以下の内容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	生年月日		
家族1	続柄	体温	
家族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-R5.10.1