

# 入館記入カード

月 日

患者さんのお名前

入館される方のお名前

ご関係 父 母 配偶者 子

兄弟姉妹 親戚

その他( )

目的 面会 荷物受渡 入退院付添

病院からの呼び出し

その他( )

入館時刻 時 分

◆入館される方の体調確認等チェック  
以下のチェック項目に「はい」がある方は面会できません

- |                                    | はい                       | いいえ                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・発熱がある                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・咳や息苦しさがあ                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・倦怠感がある                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・味覚・嗅覚の異常がある                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・下痢症状がある                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・新型コロナウイルス感染症の患者(疑い含む)の方と、濃厚接触歴がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・2週間以内に海外渡航歴がある                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |