

# 面会者問診票

面会を希望する入院患者氏名 ( )

面会者氏名 ( ) 入院患者様とのご関係 ( )

検温結果 ( ) °C

- 1) 咳・くしゃみ・鼻水・のどの痛みのいずれかの症状がある。(はい・いいえ)
- 2) 下痢・吐き気・腹痛、その他の消化器系の症状がある。(はい・いいえ)
- 3) 頭痛がある。(はい・いいえ)
- 4) 動悸・胸の痛み、胸部圧迫感など、胸部の症状がある。(はい・いいえ)
- 5) 息苦しきがある。(はい・いいえ)
- 6) 食べ物の味が変わった、味がしない・薄くなった・匂いがしない。(はい・いいえ)
- 7) 体のだるさがある。(はい・いいえ)
- 8) 体の節々が痛い。(はい・いいえ)
- 9) ご家族内に体調不良・発熱症状のある方 (いる・いない)
- 10) 1週間以内にコロナ感染者または濃厚接触者と接触 (ある・ない)

面会を許可します 面会をお断りします

ご入室時間 月 日 午前 午後 時 分

ご退室時間 午前 午後 時 分