

ご来院の皆さまへ

付き添いの方も、おひとりずつご記入ください
(代筆可)

◇ 来訪日時 _____年____月____日 ____:____
◇ 来訪先 _____
◇ 来訪者氏名 _____様
◇ 来訪者連絡先 _____ (携帯電話・自宅)

当院では新型コロナウイルス感染症の拡大防止、および患者さまの安全・安心のために、ご来院のすべての方を対象に、健康状態などを確認させていただいております。

以下の1~5の質問のうち、1つでも「はい」がある場合は
ご入館をお断りする場合がございます。ご理解とご協力をお願いいたします。

本日までの2週間の健康状況と行動歴についてお尋ねします		↓どちらかに○	
1	「37.5℃以上の発熱」または「かぜ症状」がある かぜ症状：せき、のどの痛み、息苦しさ、倦怠感、味覚・嗅覚異常	はい	いいえ
2	新型コロナウイルスの流行地域（海外を含む）に 居住・仕事・旅行等で訪れた	はい	いいえ
3	新型コロナウイルスの流行地域（海外を含む）から 家族・親戚が帰省・来訪した	はい	いいえ
4	新型コロナウイルス感染症または疑いのある人との 接触があった	はい	いいえ
5	同居家族や周囲に、発熱やかぜ症状のある人がいる	はい	いいえ

来訪者様についてお尋ねします	↓当てはまるものに○	
お住まいの地域はどちらですか	・豊田市内 ・豊田市外 ()	
本日、当院までの移動手段は何ですか	・自家用車 ・タクシー ・バス ・電車 ・その他 ()	
本日、マスクを着用していますか	はい	いいえ →売店で購入をお願いします
以下の「ご来訪時のお願い」についてご理解いただけましたか ・院内では必ずマスクを着用してください ・ご来訪先以外の場所への立ち入りはご遠慮ください ・院内ではスタッフの指示にしたがってください ・来院後2週間以内に、新型コロナウイルス検査を受けた場合は、来訪先の当院職員にご連絡をお願いいたします	はい	いいえ

来訪者様の個人情報は、来訪者管理と病院サービス向上に使用させていただきます。病院からご連絡を差し上げる場合がございます。

トヨタ記念病院

residents-20200720-2

当院記入欄	受入担当者サイン	来院許可の理由（1~5に1つでも「はい」がある場合）
-------	----------	----------------------------

来院日より1カ月間、受入担当者・部署で保管 → 企画Gに提出