

# 面会に来られた方へ

小学生以上はおひとりずつご記入ください  
(代筆可)

◇ 来訪日時	2020年 ___月 ___日 ___ : ___
◇ 来訪先	_____病棟
◇ 患者様氏名	_____
◇ 来訪者氏名	_____
◇ 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」に当てはま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「面会時のお願い」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 ・面会はできるだけ短時間でお願いします ・一度に大勢の方の面会にご遠慮ください ・生花（花束、鉢植えなど）の持ち込みはご遠慮ください ・院内ではスタッフの指示にしたがってください	はい	いいえ

来訪者様の個人情報は、面会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。許可なく院外に提供することはありません。