

面会受付票

横浜労災病院

面会年月日	令和 年 月 日		
受付時間	時 分 (面会は原則ご家族3名まで、30分程度とさせていただきます)		
患者氏名		階	北・南 ICU・ER
面会者氏名			続柄
			続柄
			続柄

面会時チェックシート 以下の項目にご回答をお願いします。

1)	5日以内に発熱や咳、倦怠感などの風邪症状や吐気、下痢などの消化器症状がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2)	7日以内に新型コロナウイルス感染症やインフルエンザにかかりましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3)	7日以内に新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの人との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

- ※ 上記項目に1つでも当てはまる場合は、院内感染防止のため面会をお断りさせていただきます。
- ※ この受付票はインフォメーション担当者にお渡しください。
- ※ 「面会者シール」は、必ず衣服の胸あたりに目立つように貼ってから病棟にお入りください。
- ※ 時間外に病院から呼ばれた場合は各病棟のインターホンを押して、「面会者シール」をお受け取りください。

この受付票は1か月の保存期間を経過後廃棄処分します。
個人情報の保護に関する法律に基づき、ご記入いただいた情報は本件の目的以外には使用いたしません。

2024年4月作成

面会受付票

横浜労災病院

面会年月日	令和 年 月 日		
受付時間	時 分 (面会は原則ご家族3名まで、30分程度とさせていただきます)		
患者氏名		階	北・南 ICU・ER
面会者氏名			続柄
			続柄
			続柄

面会時チェックシート 以下の項目にご回答をお願いします。

1)	5日以内に発熱や咳、倦怠感などの風邪症状や吐気、下痢などの消化器症状がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2)	7日以内に新型コロナウイルス感染症やインフルエンザにかかりましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3)	7日以内に新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの人との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

- ※ 上記項目に1つでも当てはまる場合は、院内感染防止のため面会をお断りさせていただきます。
- ※ この受付票はインフォメーション担当者にお渡しください。
- ※ 「面会者シール」は、必ず衣服の胸あたりに目立つように貼ってから病棟にお入りください。
- ※ 時間外に病院から呼ばれた場合は各病棟のインターホンを押して、「面会者シール」をお受け取りください。

この受付票は1か月の保存期間を経過後廃棄処分します。
個人情報の保護に関する法律に基づき、ご記入いただいた情報は本件の目的以外には使用いたしません。

2024年4月作成