

東京慈恵会医科大学西部医療センター 面会申込書

〈面会される方へのお願い〉

- ①面会時はマスクの着用と手指消毒を行ってください。
- ②面会后3日以内に下記の症状が発生した場合は、病棟に連絡をしてください。
- ③面会は、ご家族又は代行の方、病棟スタッフとお約束のある方に限らせていただいております。

〈面会証の貸し出しについて〉

ご面会には「面会証」が必要です。代表者の方にお渡しいたします。

終了時は、必ず面会受付(警備室)へ返却をお願いいたします。

ご面会前に下記の項目をチェックしてください。

〈面会される方〉

1. 面会受付時の体温 37.0℃以上	<input type="checkbox"/> 該当する
2. 面会を含め1週間以内の下記症状 ①37.0℃以上の発熱 ②かぜ症状(鼻水、咳、咽頭痛、喉のイガイガ) ③胃腸炎症状(吐き気、嘔吐、下痢) ④発疹 ⑤目の充血	<input type="checkbox"/> 該当する
3. 新型コロナ感染症罹患後2週間以内	<input type="checkbox"/> 該当する
4. インフルエンザ罹患後1週間以内	<input type="checkbox"/> 該当する
以上の一つでも該当する場合面会不可 <input type="checkbox"/> すべて該当しない	

〈面会される方の同居者や身近な方〉

6. 面会する日を含め1週間以内に上記2. の症状①～⑤があった	<input type="checkbox"/> 該当する
7. 新型コロナウイルス感染症罹患後3週間以内	<input type="checkbox"/> 該当する
8. インフルエンザ罹患後2週間以内	<input type="checkbox"/> 該当する
以上の一つでも該当する場合面会不可 <input type="checkbox"/> すべて該当しない	

上記項目すべてに該当がない方は面会できます。下記に記入し警備員にお渡しください。

来院日時	年 月 日	午前・午後	時 分
入院されている方の 氏名	(フリガナ)		病棟
			様 病室番号
面会者氏名 (代表者)	様 他 名		
住所	<input type="checkbox"/> 面会する患者様と同じ住所		続柄
	都・道 府・県		
電話番号	()		

【目的と個人情報の管理について】

本書類は、病棟にご来院された皆様の記録を管理することが目的です。それ以外の目的で使用いたしません。個人情報の取扱いには十分配慮し、1年後に破棄いたします。

病院 管理欄	貸出面会証No.	返却確認	備考
		<input type="checkbox"/>	