

面会受付及び問診票

入居者名 _____ 様

今回の面会における代表者の方1名のみ記載して下さい。

面会日時	令和	年	月	日	時	分
代表者氏名				連絡先		
続柄				体温	℃	
住所地	(都・道・府・県)			(市・町・村)		
食品の持ち込み						

※ ご訪問を他の面会者に公開してもよろしいですか？ はい ・ いいえ
(はい・いいえ に○をつけて下さい。○がない場合「はい」とします)

同伴者氏名： _____ 電話番号 _____ 熱 (_____ ℃)

同伴者氏名： _____ 電話番号 _____ 熱 (_____ ℃)

同伴者氏名： _____ 電話番号 _____ 熱 (_____ ℃)

同伴者氏名： _____ 電話番号 _____ 熱 (_____ ℃)

※ 症状「あり」の場合は、下記の当てはまる症状を○で囲んで下さい。

- | | | | |
|---------------------|-------------------|------------|-----------------|
| 1. 頭痛 | 2. せき・たん | 3. 息苦しさ | 4. 味がしない・臭いがしない |
| 5. のどの痛み | 6. 強いだるさ | 7. 目が赤い、充血 | 8. 吐き気、嘔吐、下痢 |
| 9. 鼻水・鼻づまり(花粉症 有・無) | 10. その他 (_____) | | |

症状「あり」のお名前： _____

ご面会後に、新型コロナウイルス陽性判定した場合、また面会日付近で濃厚接触者になった場合は、当施設へのご連絡をお願いいたします。

また、上記症状に該当する場合は、「対面での面会中止」または「オンライン面会」となります。