

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（カードキー保有者等）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	℃
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・いいて に○をつけて下さい。○がない場合「はい」とします)

同伴者氏名： _____ 続柄 _____ 熱 (_____ ℃)

同伴者氏名： _____ 続柄 _____ 熱 (_____ ℃)

同伴者氏名： _____ 続柄 _____ 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： _____

※ 1週間以内にインフルエンザや新型コロナウイルスに感染したご家族はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ

症状「あり」または、上記に「はい」とお答えした面会者は、「対面での面会中止」となる場合がありますので、その際はご協力の程お願いいたします。