

面会者問診票

医療福祉法人・社会福祉法人 青燈会

面会日時 : 令和 年 月 日() 時 分 ~

患者氏名 :

面会者氏名 : 患者との関係:

面会者住所 :

健康観察シート(面会までの5日間の記入をお願い致します)

	日付	体温	症状の有無			
			咳や鼻水	のどの痛み	下痢・嘔吐	だるさ
5日前	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
4日前	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
3日前	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
2日前	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
前日	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
当日	/	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

当てはまるものに○をつけてください

- | | | | |
|---------------------------------|----|---|-----|
| 1. 1週間以内に発熱、咳などの風邪症状のある人と接触した | はい | ・ | いいえ |
| 2. 同居家族にコロナウイルスPCRの検査中の人がいる | はい | ・ | いいえ |
| 3. 同居家族にコロナウイルスの濃厚接触者もしくは陽性者がある | はい | ・ | いいえ |
| 4. コロナウイルスワクチンを最低2回接種している | はい | ・ | いいえ |

※問診票を忘れた場合には、面会ができませんのでご了承ください

ご協力ありがとうございました