

面会前の症状確認表

面会者様用

氏名 _____

新型コロナウイルスの感染防止のため、来院日までの5日間の体温とかぜ症状の有無を記入し、当日受付に提出してください。

	日付	曜日	体温	ご本人のかぜ症状	同居のご家族の発熱やかぜ症状
5日前	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()
4日前	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()
3日前	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()
2日前	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()
前日	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()
当日	/		℃	なし・あり ()	なし・あり ()

※かぜ症状とは、のどの痛み、せき、鼻水、鼻づまり、頭痛、関節痛、体のだるさ、においや味がしないなど

※かぜ症状がある場合は、今回の面会を延期していただきますようお願い致します。

※来院日から翌日までの間に 37.5℃以上の発熱とかぜ症状が現れた場合は、必ず当センターに電話でご連絡ください。

連絡先:医療福祉センターきずな (電話:0790-44-2881)