

# 面会シート（健康チェック票）

※面会者1名につき1枚ご記入ください

体温： \_\_\_\_\_ 度 分

入院患者名 \_\_\_\_\_ 様（病棟名： \_\_\_\_\_ 病棟）

面会日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ） \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分～

面会者 氏 名 \_\_\_\_\_

入院患者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

※ 面会後にコロナ・インフルエンザ陽性が判明した場合、確認の連絡をさせていただく場合があります

以下のチェック項目に該当する場合は、ご面会をご遠慮いただく場合があります。

※体調不良の方のご面会はお断りしております。

本日 37.0℃以上の発熱がある

**過去5日以内**（ ）内該当のものに○をつけてください

37.0℃以上の発熱がある

風邪症状がある（咳・くしゃみ・鼻水・のどの痛み）

身体のだるさ、全身の関節痛がある

下痢・嘔吐があった（症状があった最後の日から2日以内である）

家族、身近な人（職場の人、学校の友人など）に上記症状の人がいる

同居家族、身近な人（職場の人・学校の友人・他）にコロナ・インフルエンザ陽性の人がいた

職場・学校・サークルなど身近な集団でコロナやインフルエンザの流行があり陽性者が出ていた

**過去10日以内**（ ）内該当のものに○をつけてください

（ コロナ陽性 ・ インフルエンザ陽性 ）と診断された

**上記すべての項目に該当しません**

コロナワクチン接種回数 \_\_\_\_\_（ 0～2回 \_\_\_\_\_ ・ 3回以上接種した \_\_\_\_\_ ）

2024年度 インフルエンザワクチン接種（ 無し ・ 接種済み ） 接種日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

総合受付 確認者	病棟 確認者