

面会者健康観察チェックシート

患者氏名：

(病室

) 患者ワクチン (1回・2回・未)

国の示す感染対策「三つの密」を避け、「人との距離確保」「マスク着用」「手指衛生」等の基本的な感染対策を実施してください。

日付	/ (日)	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
体温	°C						
症状の有無 <small>有る場合は症状記載</small>	有 無 ()						
同居者の症状	有 無 ()						
職場・友人 など身近な 体調不良者	有 無 ()						
移動歴 (他府県)	有 無 ()						
面会時間 面会場所 (病棟職員サイン)	: ~ : 個室・面談室・談話室						

【職員記載】面会時チェック
月 日

体温 (°C)

症状の有無： 有 無

身近な体調不良者：有 無

行動歴確認 済

【職員記載】面会時チェック
月 日

体温 (°C)

症状の有無： 有 無

身近な体調不良者：有 無

行動歴確認 済

※症状：発熱、鼻水、咳、発疹、下痢、嘔吐、味覚・嗅覚異常、倦怠感、関節痛 (特記ある場合はカルテに記載)

記載内容に相違なく、感染対策の必要性を理解した上で、病院に協力し面会を致します。

面会后3日以内に体調不良が起こった場合または濃厚接触者になった場合には、

検査の有無に関わらず速やかに病棟へ連絡致します。 面会者コロナワクチン歴： 1回済 ・ 2回済 (最終接種日： /) ・ 未

面会者氏名：

(自署)

年齢：

続柄：

住所：

連絡先電話番号：