

体調確認書

面会の前に以下項目に沿って、体調確認をお願いします。

面会前 7 日間は毎日体温を測定し、最下段にご記入をお願いします。

(該当があれば、をしてください)

【 身体症状の確認 】

- 微熱・発熱がある
- 咳・痰・鼻水、咽頭痛、息切れがある。
- 嗅覚・味覚障害がある
- 2 週間以内に①～③を満たす人が身近（家族・職場等）にいた
- 2 週間以内に同じ職場、学校、同居家族にコロナ疑い・感染が判明した

【 ワクチン接種またはスクリーニング検査の確認 】

- 新型コロナワクチン接種記録書（3 回接種の確認）
- PCR もしくは 抗原検査（検査日： / / ）

サイン： _____

病棟確認者： _____

面会日・時間							
患者氏名							
面会者さまのお名前							
患者さまとのご関係							
連絡先・TEL							
体温測定値	/	/	/	/	/	/	/

面会時のお願い

- 必ず、不織布マスクの着用・フェイスシールドまたはアイガード装着（病棟より貸出）
手指消毒をしてください。
- 面会申込書に記載して、ナースステーションの職員にお渡しください。

奈良医療センター 院長