**新型コロナウイルス感染症対策：感染予防のための面会者・訪問者チェック票**

|  |
| --- |
| 面会・訪問日時：令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 |
| 入院患者（訪問先） |
| 氏名 | 住所（業者は勤務先） |
| 連絡先（電話番号） | 体温　　　　　　度**※37度以上又は平熱より＋0.5度****ある場合は面会できません** |
| ワクチン接種歴PCR検査 | いずれかの□にチェックをしてください□2回目のワクチン接種から14日以上経過している□陰性証明：PCR検査（検体採取日3日）**※チェックがない場合は面会できません** |
| チェック票に該当する方は、面会・訪問をお断りしています。　面会は原則1名とし、12歳以下のお子さんはお断りしています。面会・訪問される際には、入口でアルコール手指消毒とマスク着用をお願いします。**他の入院患者と密にならないよう心掛け、食堂、ロビーなどをご利用ください。****面会の方は10分程度の短時間**でお願いします。 |
| 質　問　事　項 | 回答**※「はい」に該当する場合は****面会できません** |
| ①過去2週間、本日も含めて感染症を疑う症状(咳、喉の痛み、倦怠感、下痢、味覚異常、嗅覚異常など)がありますか？ | はい | いいえ |
| ②同居家族に発熱、①のような症状があり感染症を疑う方がいますか？ | はい | いいえ |
| ③過去2週間で、感染症、感染症疑いの方と接触がありましたか？ | はい | いいえ |
| ④過去2週間で、ご自身もしくは同居の方が発生地域へ往来しましたか？ | はい | いいえ |
| ⑤過去2週間以内に飲食を伴う会合などに参加しましたか？ | はい | いいえ |
| ⑥過去2週間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航歴はありますか？ | はい | いいえ |

　※面会後２日以内に感染した可能性がある場合は、速やかに病院までご連絡下さるようご協力を

　　お願いいたします。

連絡先：〇〇〇施設　電話：〇〇〇〇

令和3年12月27日　〇〇〇〇作成