

面会票【 居室（3名）・対面（5名）】

令和 年 月 日（ 曜） 時 分

入居者のお名前							
面会者のお名前	続柄	体温	年齢	住所	電話番号	コロナワクチン 接種状況	
						済(回)・未	
						済(回)・未	
						済(回)・未	
						済(回)・未	
						済(回)・未	

【面会時チェック項目】

- マスクの着用、面会前後の手指消毒を徹底します
- 10分までの面会となることを了承しました
- 面会時の飲食はご遠慮ください

※ ①から④の質問に、「はい」か「いいえ」もしくは、あてはまるものを選択し、○をつけてください。

①	1週間以内に発熱・咽頭痛・咳嗽などの風邪症状がありましたか	面会者 : はい ・ いいえ			
		ご家族 : はい ・ いいえ			
②	(①で該当した方のみ) 症状は何ですか	発熱	咽頭痛	咳嗽	その他 ()
③	(①②で該当した方のみ) その症状はいつからですか	()日前から			
④	2週間以内にコロナウイルス感染症にかかりましたか	面会者 : はい ・ いいえ			
		ご家族 : はい ・ いいえ			