

入館面会申込票

申請日時	年 月 日 時 分
入院病棟	<input type="checkbox"/> 1病棟 <input type="checkbox"/> 2病棟 <input type="checkbox"/> 3病棟 <input type="checkbox"/> ホスピス
来院目的	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> 認定調査 <input type="checkbox"/> 面会許可されている <input type="checkbox"/> 荷物の受け渡し <input type="checkbox"/> その他
入院患者名	
来院者氏名	(入院患者との続柄:)

＜ご入館の前の確認事項＞

◆現在体調不良はありませんか？

無 ・ 有 (せき、のどの痛み、味覚や嗅覚の異常、だるさ、息苦しさなど)

◆2週間以内にコロナ感染陽性者との接触はありませんか？

無 ・ 有

◆病院内では必ずマスクを着用いたします。

はい・いいえ

※ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症対策の目的のみに使用させていただきます。

ヴォーリズ記念病院

----- 切り取り線 -----

入館面会申込票

申請日時	年 月 日 時 分
入院病棟	<input type="checkbox"/> 1病棟 <input type="checkbox"/> 2病棟 <input type="checkbox"/> 3病棟 <input type="checkbox"/> ホスピス
来院目的	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> 認定調査 <input type="checkbox"/> 面会許可されている <input type="checkbox"/> 荷物の受け渡し <input type="checkbox"/> その他
入院患者名	
来院者氏名	(入院患者との続柄:)

＜ご入館の前の確認事項＞

◆現在体調不良はありませんか？

無 ・ 有 (せき、のどの痛み、味覚や嗅覚の異常、だるさ、息苦しさなど)

◆2週間以内にコロナ感染陽性者との接触はありませんか？

無 ・ 有

◆病院内では必ずマスクを着用いたします。

はい・いいえ

※ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症対策の目的のみに使用させていただきます。

ヴォーリズ記念病院