

# 面会者名簿

ご来院日      月      日

ご来院時間	時	分
ご退出時間	時	分
患者様のお名前		
面会者様のお名前		患者様とのご関係
ご連絡先	TEL      (      )      -	
体温	℃	
風邪様症状の確認	以下にあてはある症状がある場合は○をつけてください。	
発熱      せき      息苦しさ      鼻水      のどの痛み      頭痛      嘔吐      下痢		
2週間以内に新型コロナウイルスに感染しましたか。	はい      いいえ	
2週間以内に新型コロナウイルスに感染した方と接触しましたか。	はい      いいえ	
5日以内にインフルエンザに感染しましたか。	はい      いいえ	