

面会カード

利用者名			フロア	
------	--	--	-----	--

		電話番号	体温	セキ・鼻水	嗅覚・味覚異常	2週間以内に発熱
面会者名	様（続柄）			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	様（続柄）			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

面会日時	令和 年 月 日（ ）
	午前 ・ 午後 時 分

★面会方法についてのお願い

- ①対面での面会は1ヶ月に1家族1回程度の完全予約制とさせていただきます。
- ②面会は1度に2名まででお願いします。
- ③面会場所は1Fロビーでの面会となります。
- ④体温測定・手指消毒の実施、マスクの着用をお願いします。
- ⑤面会時間は10分程度でお願いします。（※濃厚接触の目安 15分を超えない）
- ⑥面会前に上記面会カード、健康チェックの記入をお願いします。
- ⑦ご入所者と直接接触することは避け、必ず一定の距離を保ってください。
- ⑧面会時の飲食は禁止とさせていただきます。
- ⑨感染対策に関する①～⑧の項目に同意します。

チェック

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

介護老人保健施設サルビア