

面会者名簿

ご来訪日	年 月 日
入室時間	時 分
患者さまのお名前	様
お名前(代表の方)	
症状の確認	面会される皆様の中で、風邪のような症状はありますか？ 熱・せき・鼻水・のどの痛み <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

※面会中は必ずマスクを着用するようお願いいたします

医療者確認欄	症状なし:面会可
--------	----------