記入日
年　　月　　日

# 面会受付票

NO.

| | |
|---|---|
| 利　用　者　氏　名 | |
| 面会者氏名（続柄） | |
| 面　会　者　連　絡　先 | |
| 面　会　者　人　数<br>（目安：1～4名） | |
| 面　会　日　時 | |
| 面　会　時　間　予　定<br>（目安：10～15分） | |

□　現在、発熱、せき、鼻水などの症状はありませんか？
　ない　　ある（症状　　）

□　家族の方に、上記の症状はありませんか？
　ない　　ある（症状　　）

□　ご家族含め、２週間以内に渡航歴はありますか？
　ない　　ある（渡航先　　）

□　コロナワクチンは２回接種済みでしょうか？

□　検温はしましたか？　（　　℃　）
※　37.0度以上ある方の面会はご遠慮させて頂いております。

□　うがい、手指の消毒はされましたか？

□　面会方法について、ご承諾頂けましたか？
　承諾　　氏　　名

※コロナ感染対策へのご協力をお願い申し上げます

**社会福祉法人　一心福祉会**