

【面会問診票】

令和 年 月 日
: ~ :

入居者名 _____

名札No. _____

フリガナ

氏名 _____

続柄 _____

体温 _____℃

下記の質問にお答えください

①	1週間以内に発熱・のどの痛み・せき・嘔吐・下痢などの症状がありましたか	はい・いいえ
②	2週間以内にコロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルスにかかりましたか	はい・いいえ
【注意事項】 食べ物等の持ち込は禁止となっております 面会時の飲食はご遠慮ください 必ずマスクの着用をお願いします		<input type="checkbox"/> 了解しました

特養 ひばりヶ丘