**面会（入館）される皆さまへ**

面会（入館）される方にご案内致します。

次の症状がある方は面会（入館）をお断りしております

発熱・咳・嘔吐・下痢・のどの痛み・鼻水・嗅覚、味覚障害・頭痛

* 面会できる方：患者家族（配偶者、親、子、祖父母、兄弟姉妹、孫）

入院患者の第一連絡先の方

* 面会時間：１５：００～１９：００

　　　　　　　救急病棟、ICU、：12:30～13:30、18:00～19:00　（12歳以下は面会不可）

* 面会人数：1患者当り 2名まで（１面会15分程度）
* 面会場所：個室・デイルーム
* 面会時のお願い
* 面会許可証はお帰りの際に出口の返却ボックスに返却して下さい。
* 3西病棟面会の方はＩＣカード発行にあたり身分証明を確認させていただきます。　　またＩＣカードの紛失・破損の際は実費請求（4,950円）となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | ※面会受付をされる直前の日時を記載して下さい。  令和 　 年 月 日 時 　分 | | | | | | | | |
| 患者  氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 入院  病棟 | 3階西  NICU・GCU | 4階西 | ５階西 | ６階西 | 北３階 | 救急病棟 |
|  | |
| 3階東 | 4階東 | ５階東 | ６階東 | ＩＣＵ |  |
| 面会者名 |  | | | | | | | | |
| 続柄 | ※患者視点からの関係性について、あてはまるところに○をして下さい。  配偶者、親、子、祖父母、兄弟姉妹、孫、（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 面会者  住所 | 電話番号 ― ― | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 係員記載欄 | | 運転免許証　保険証　パスポート　マイナンバーカード  学生証　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | ICカード番号 | | 担当者サイン | |
|  | |  | |  | |