**面会（入館）される皆さまへ**

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

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

**一般病棟、北3階** １５：００～１９：００

* 面会人数：1患者あたり ２名まで（１面会 30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（3,600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1  氏名・続柄 |  | | | ※患者視点からの関係性について、あてはまることに○で囲んで下さい。  配偶者・親・子・祖父母・兄弟姉妹・孫・他 | | | | | |
| 面会者2  氏名・続柄 |  | | | ※患者視点からの関係性について、あてはまることに○で囲んで下さい。  配偶者・親・子・祖父母・兄弟姉妹・孫・他 | | | | | |
| 面会者  住所 | 面会者1住所：    電話番号 ― ― | | | | | | | | |
| 面会者2住所：（※面会者1と同じ場合には”**同上**”とご記入下さい）  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 | |
|  | |  | |