面　　　会　　　票

|  |
| --- |
| ご面会前に、お一人ずつご記入願います。症状等によっては、面会をご遠慮いただくことがございますことをご了承ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 面会日時 | 令和　　年　　月　　日(　　)　AM ・ PM　　　時　　分 |
| 入所者氏名 | ( □特養　□短期入所 ) |
| 面　会　者 | 氏　名 | (続柄：　　　　　　　) |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| 検　温 | 　　　　℃ |

**◎ ワクチン接種状況について**

◆ 新型コロナワクチン

* + 予防接種を２回接種後、２週間以上経過している
	+ 予防接種を１回のみ
	+ 検査による陰性証明書（72時間以内）
	+ 予防接種を受けていない(理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　◆ インフルエンザワクチン

* + 予防接種済み（　　/　　）
	+ 受けていない

**◎ 健康状態について**

* + 発熱している
	+ 過去2週間以内に発熱したことがあった
	+ だるい
	+ 気持ち悪い・吐き気がある
	+ 過去1週間以内に嘔吐した
	+ のどが痛い
	+ 下痢をしている
	+ くしゃみ・鼻水がある
	+ 目が赤い、または結膜炎がある
	+ １ヶ月以内に始まった咳が続いている
	+ １ヶ月以内に始まった匂いにくさがある
	+ １ヶ月以内に始まった味の感じにくさがある
	+ 同居している人が発熱している