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