

面会についてのご案内

令和4年6月

新型コロナウイルス感染者数の減少等を鑑み、入院中の面会制限を一部解除することとしました。面会をご希望の場合は下記および裏面をご確認いただき、入院中の病棟にお申し出ください。病棟によってはご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※病状説明や急変時などの場合はこの限りではありません。

★面会にあたっては、以下の注意事項を厳守していただきますようお願いいたします。

1. 患者さんのご家族および近親者（中学生以上）に限り面会することができます。
1患者さんあたり1日1回、週に2回までとさせていただきます。
2. 面会者は2名までとさせていただきます。
3. 面会が可能な時間は14:00～16:00（土日祝日も可）とし、下記の時間枠で予約してください（予約方法は次項をご参照ください）。なお、面会は時間枠内での15分以内となります。時間厳守にご協力ください。
 - 14:00～14:30
 - 14:30～15:00
 - 15:00～15:30
 - 15:30～16:00
4. 面会は完全予約制です。以下の連絡先までお電話でお申し込みください。
予約受付時間は平日14:00～16:00となりますのでご注意ください。
福岡大学筑紫病院
電話番号：092-921-1011（代表）
※電話交換手が出ますので面会予約希望である旨と病棟名をお伝えください。
5. 面会場所はデイルームを使用しますが、個室に入院中の患者さんは自室での面会も可能です。
6. 面会当日に裏面の申請内容、体調や海外渡航歴などを確認いたします。
記載内容によっては面会できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
7. 面会中の飲食はご遠慮ください。また、院内ではマスクをご着用いただき、大声での会話などはご遠慮ください。
8. 面会の時間が限られてますので、予定時間より少し早めのご来院をお願いします。
遅れると面会ができない可能性がありますのでご注意ください。
9. インターネット環境（Zoom）を利用して面会を行うこともできます。
ご希望の方は入院中の病棟までお尋ねください。
10. 患者さんのご希望のほか、感染性疾患の流行状況等により、面会をお断りする場合があります。
※ご不明な点がございましたら、お気軽に病棟スタッフまでお尋ねください。

面会申請書

★面会にあたって以下の申請内容をご記入のうえ、電話予約を行ってください。
面会当日は確認事項を記入し、ご持参ください。

■申請内容（必要事項を記入し、該当する項目を☑してください。）

患者氏名					
面会者①氏名	患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚	<input type="checkbox"/> その他 ()	連絡先	
面会者②氏名	患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚	<input type="checkbox"/> その他 ()	連絡先	
面会予約日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分				

■面会当日の確認事項（面会当日に該当する項目に☑してください。）
※はいに該当する項目がある場合は面会できません

面会者①氏名				
①10日以内に新型コロナウイルス感染症の方と接触した	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
②10日以内に37.5℃以上の熱があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
③10日以内に喉の痛みがあった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
④10日以内に鼻水の症状があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑤10日以内に咳の症状があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑥10日以内に海外より帰国した	<input type="checkbox"/>	はい	滞在先	<input type="checkbox"/> いいえ
面会者②氏名				
①10日以内に新型コロナウイルス感染症の方と接触した	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
②10日以内に37.5℃以上の熱があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
③10日以内に喉の痛みがあった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
④10日以内に鼻水の症状があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑤10日以内に咳の症状があった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑥10日以内に海外より帰国した	<input type="checkbox"/>	はい	滞在先	<input type="checkbox"/> いいえ

■患者情報 *これより下の欄への記入は不要です。病院スタッフが記入します。

患者ID		面会日時	月 日	時 分
確認者		許可者		