

来訪者カード（家族面会以外）

訪問時にこの用紙に記入のうえ提出ください。

お帰りの際には、許可証（シール）の余白に終了時刻を記入のうえ、備え付けの台紙にお返しく下さい。

社名	
氏名	
訪問先	
来訪日時	令和 年 月 日 時 分
終了時刻	時 分
来訪目的 (該当する箇所に✓)	<input type="checkbox"/> 警察・消防など緊急対応を要する者、及び法的義務を履行する者の立ち入り <input type="checkbox"/> 業務委託契約に基づく業務の実施 <input type="checkbox"/> 取引先業者等による指定場所への納品・検品業務 <input type="checkbox"/> 郵便、宅配業者による物品等の集配送手続き <input type="checkbox"/> 医療機器メーカー担当者による手術立ち合い、指導 <input type="checkbox"/> 指定金融機関担当者による現金・書類等收受 <input type="checkbox"/> 企業団が主催する各種会議等への出席（議会、委員会など） <input type="checkbox"/> 特別な理由により、企業団職員（医師等）から要請された場合の訪問 <input type="checkbox"/> 施設管理権者の許可を得た者の立ち入り
体調確認	熱（ 度） <input type="checkbox"/> 咳がない <input type="checkbox"/> 鼻水がない <input type="checkbox"/> 咽頭痛がない <input type="checkbox"/> 嘔吐や下痢がない <input type="checkbox"/> 味覚異常・嗅覚異常がない
行動確認	<input type="checkbox"/> 2週間以内に陽性者または疑いのある人との濃厚接触がない <input type="checkbox"/> 2週間以内に海外渡航歴がない <input type="checkbox"/> 2週間以内に大勢の人が集まるイベントへの参加がない

ご記入いただいた個人情報は当院が来院者把握のために行い、それ以外の使用はいたしません。

受付番号	受付者サイン	回収者サイン