リモート面会受付フォーム

受付日	令和　　年　　月　　日
患者氏名	(フリガナ)
面会希望者名	(フリガナ)
面会希望者の連絡先	電話番号(　　) ※日中ご連絡がとれるお電話番号をご記入ください。
患者との関係	緊急連絡先登録の有無:　　☐ 登録　☐ 未登録 ☐ 配偶者　　☐ 子供　　☐ 孫 ☐ (
面会希望時間帯	☐ 14時～15時　　☐ 15時～16時

※ ご利用に際してのお願いと注意事項(下記をお読み頂き、確認のレ点をお願い致します)

☐ 1度のご来院は2名までに制限させて頂きます。

☐ 来院時は、健康チェック(体温測定、問診など)を行わさせて頂きます。

☐ リモート面会当日は、予約時間までに当院受付までお越しください。

☐ ご連絡なく5分以上の遅刻をされた場合はキャンセル扱いとさせて頂きます。

☐ 当日に患者様及びご家族様に発熱や体調不良等の際には、お断りすることがあります。

☐ 職員や他の患者様の急変対応等の理由により、中止又はお待たせすることがあります。

☐ その他、不測の事態でリモート面会時間の変更や取り消しとなることがあります。

☐ 「050-3538-5027」は、当法人の電話番号です。着信に応答をお願い致します。

上記事項を理解し、リモート面会を申し込みます。

署名:	

受付者	月　日　時　分
面接調整者	月　日　時　分
面接調整日	月　日　時　分 ～　時　分
面接連絡者	月　日　時　分
面接日	月　日　時　分 ～　時　分
当日健康チェック	健康チェック表を確認　☐問題なし　☐問題あり　確認者(　　)
面接実施者	月　日　時　分

医療法人 高幡会