

面会禁止について

当院では新型コロナウイルス感染症による感染防止対策のため、ご面会等に対して以下のお願いをしております。ご理解ご協力をお願い致します。

入院患者さんへのご面会は原則禁止としています

※入院中の外出・外泊も禁止しております

【ご面会について】

面会が可能な方は以下となります

- ・当院が来院を必要と認めるケース
- ・**個室にご入院中の方も 11月19日（土）より面会が不可となります**

【当院が来院を必要と認めるケース】

- 入退院時のお付添い
 - ・ご家族 **2名様まで** お願い致します
 - ・介護タクシーをご利用の場合は事前に地域連携室までご連絡ください
 - ・入院患者さんのコロナワクチン接種状況を確認させて頂いております。コロナワクチン接種済みの患者さんは、コロナワクチン接種状況が確認出来るものをお持ちください
- 主治医・ソーシャルワーカーとの面談
 - ・病棟ではなく、1階相談室にて行います
 - 実施日については調整後ソーシャルワーカーよりご連絡致します
 - また、面談ご希望の際はソーシャルワーカーまでご連絡ください
 - ・主治医が必要と認めた場合は患者さん本人も1階相談室での面談に同席できます
- 介護保険認定調査
 - ・介護保険認定調査員の方1名、ご家族様1名までお願い致します
 - ・お部屋をご準備致しますので事前に病棟までお電話による連絡をお願い致します
- 重篤な状態で主治医が面会を必要と判断した場合
 - ・ご家族2名までお願い致します。
 - ・時間は15分以内とさせていただきます
 - ・ガウンの着用等感染対策にご協力をお願いします

【当院が来院を認めるケースでの面会方法】

- ・入館証明として、入館に際しての確認等、当院指定の「面会簿および面会者健康チェックシート（別紙）」による健康確認を総合受付にて行って下さい。
（窓口の混雑状況によりますが、手続きに5～10分を要しますので時間に余裕をもってお越し下さい。）
- ・健康状態確認後、「面会許可証」をお渡ししますので必ず首から下げて下さい
- ・病棟では必ずナースステーションに声をかけてください

【面会基準】

- ・面会時間は、15分以内
- ・面会人数は、2名/1回/1日までご家族のみ（同一患者様への複数回に分けての面会はできません）
- ・18歳以上の方でかつコロナワクチン3回接種、かつ接種後2週間以上経過している方または3日以内にPCR陰性である方

※都度、ワクチン接種済み証、接種記録書またはPCR陰性証明の提示が必要です。

（コピー・携帯端末等での画面提示も可）

- ・37.0℃以上の発熱や咳・咽頭痛を含めた何らかの風邪症状がない方
（下欄の体調確認項目をご参照ください）
- ・不織布マスクを適正に着用している方
- ・アルコール消毒剤等による、手指消毒が行える方
（アルコールアレルギー・手荒れ等がある場合はご相談ください）

※面会后、発熱等風邪症状があり、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症の発症もしくは疑いの状態と診断されている場合は、病棟へご連絡ください。

※患者様ご自身に発熱がある等感染の可能性がある場合は対象外です。

※当院では無症状の方のPCR検査は原則受けつけておりません。

陰性証明書の発行は、外部機関をご利用ください

【注意点】

ご面会の際は以下の点をご確認の上、ご来院下さい。

下記①～⑩の項目で1つでも該当する方は、病院内へ入ることができません。

- ① 体温 37.0℃以上である
- ② 体調に異常がある
- ③ 平熱を超える体温が続いている
- ④ 咳・のどの痛みなど風邪症状がある
- ⑤ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がある
- ⑥ 嗅覚や味覚に異常がある
- ⑦ 新型コロナウイルス感染症陽性と診断された方との濃厚接触があった
- ⑧ 屋外のイベントの参加、カラオケ、家族以外との飲食、密室でのマスクを外しての会話をした
- ⑨ 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触があった
- ⑩ 2週間以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した方

【当院職員の感染対策への取り組み】

- ・当院は感染防止対策を病院として取り組み、病院に関わる全ての人々を対象として、院内感染発生の予防と発生時の速やかな対応を行うことに努めています
- ・感染対策委員会を設置し定期的に感染対策の検討を行っています。また、感染症発生時には感染制御チームを中心に感染防止対策の実務を行います
- ・職員は、サージカルマスクの着用・アイシールドの着用・必要に応じた感染防護具の使用を徹底しています。また、出勤前の検温の実施、健康チェックを行っています
- ・感染対策に関する研修を実施し職員全員に参加を義務付けています
- ・必要に応じ藤沢市保健所と速やかに連携し対応します

2022年11月16日（水）

湘南慶育病院 感染防止対策委員会

別紙

面会簿および面会者健康チェックシート

入院患者名 _____ 様

面会者名 _____ 様 続柄 (_____)

面会理由 (○印) 【主治医との面談 (2名まで) ・ 介護保険認定調査や施設面談の同席 (1名まで) 患者様の心身のご状態が不安定で主治医より許可が出ているため (2名まで) ・ 個室入院中
入院時の付添・その他 (_____)】

※1階相談室等での面談につきましてもこちらのシートへのご記入をお願いします

面会日; 2022年 _____ 月 _____ 日 (_____)

面会時間; _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

入院病棟 (○印) 3階東 ・ 4階東 ・ 4階南 ・ 5階東 ・ 5階南

下記チェックシートで「なし・いいえ」に該当する項目がある場合はご面会をご遠慮頂いております。

| 健康チェックシート：チェック項目 | | 該当する項目にチェック | |
|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| コロナワクチンを3回接種済みで、接種後2週間経過している (3回目接種日 _____ 月 _____ 日) | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| コロナワクチン接種証明書の提示 | どちらかひとつが「あり」で可 → | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 当日PCRまたは抗原陰性証明書の提示 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 本日の体調 | | | |
| 1 | 来院時体温 _____ °Cであり 37.0°C以下である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | 本日の体調に異常がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 直近2週間において以下事項の有無 | | | |
| ア | 平熱を超える体温が続いていない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| イ | 咳、のどの痛みなど風邪症状がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ウ | だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| エ | 嗅覚や味覚の異常がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| オ | 新型コロナウイルス感染症陽性と診断された方との濃厚接触がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| カ | 同居の家族や身近な人に感染が疑われる症状(発熱・だるさ(倦怠感)等)の方がいない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| キ | 屋内のイベントへの参加、カラオケ、家族以外との飲食、密室でのマスクを外しての会話をしていない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ク | 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ケ | 2週間以内にコロナウイルス感染症に罹患していない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

【ご注意】 *お見舞いの方の駐車料金のお知らせ; 120分 200円、以降60分200円となっております

必ず「総合受付」へお寄り頂き、割引サービスを受けてください

【病院使用欄】 許可証番号 _____ 番 ; 返却時間 _____ 時 _____ 分