

令和 5 年 12 月 22 日

来院者  
各 位

病 院 長

### 面会制限の緩和について

令和 2 年より新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、入院患者さんへの面会制限の措置を取っていましたが、令和 5 年 5 月からの感染症法 5 類感染症へ移行および感染者数の減少傾向に伴い、次の要件のもと面会制限を緩和いたします。

ご協力をいただきますようお願い申し上げます。なお、ご不明の点がございましたら、面会を希望する入院病棟に確認をお願いいたします。

### 開始日程：令和 6 年 1 月 5 日（金）～

#### [面会の要件]

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 対象者                   | 原則 15 歳以上のご家族およびそれに準じる方                         |
| 人数                    | 入院患者さん 1 名につき 1 日 1 回、2 名まで                     |
| 時間                    | 13：00～16：00（平日・土・日・祝日）<br>1 回の面会時間 20 分         |
| 場所<br>(注 1・2)         | 1 人室（個室）の場合 ⇒ 個室内<br>2 人室以上の場合 ⇒ デイルーム等（病棟が指定）  |
| 面会前の<br>体調確認<br>(注 3) | 面会する病棟にて「東京女子医科大学病院 面会者用 問診表」に記載いただき、体調確認を行います。 |

注 1 決められた場所以外(病棟外)での面会は禁止です。

面会中は、入院患者さん・面会者ともにマスク着用、飲食禁止です。

注 2 今回の面会制限の緩和にあわせて、入院患者さんのコンビニ利用も場所を制限せず、面会時間の 13：00～16：00 の間は可能といたします。

注 3 事前に別紙「東京女子医科大学病院 面会者用 問診表」を記載いただき、面会する病棟のナースステーションにご提出でも構いません。

以 上

# 別紙

## 東京女子医科大学病院 面会者用 問診票

東京女子医科大学病院

|   |                       |   |     |
|---|-----------------------|---|-----|
| 面会日   | 年 月 日                 | 面会開始時間  | :   |
|   |                       | 面会終了時間  | :   |
| 患者名   |                       | 面会者人数   | 人   |
| 面会者氏名   |                       | 面会者電話番号   | - - |
| <b>濃厚接触の有無等について ①②あり→面会を認めません。<br/>③あり→症状の確認を徹底してください。</b>          |                       |   |     |
| ① 7日以内の新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触の有無<br>(15分以上の接触、近い距離での接触を目安とする)        |                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| ② 過去7日以内に家族、同居者または密な関係の方に新型コロナウイルスやインフルエンザなどの感染症の陽性者がいるか            |                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| ③ 過去7日以内の感染症状(下記参照)の有無  |                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| <b>参加当日の症状で以下の有症状の場合には原則面会を認めません。<br/>但し、慢性的な症状が持続されている場合は除きます。</b> |                       |   |     |
| 発熱の有無   |                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| 呼吸器症状の有無  | 鼻汁・咽頭痛・咳・息切れ<br>呼吸困難感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| 全身症状の有無   | 倦怠感・筋肉痛・関節痛           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |
| その他   | 頭痛・下痢・嘔吐など            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |

\*面会終了後、症状が出現した場合は、速やかに各病棟へ連絡してください