

オンライン面会予約申込書

申込日： 月 日

患者様氏名： 様（ 階病棟）

面会利用者様氏名：

続柄：

連絡先電話番号：

連絡先メールアドレス： @ ・ 無し

希望日（第1希望）： 月 日（ 曜日）*平日

希望時間（第1希望）： 時 分 ※14~16時

希望日（第2希望）： 月 日（ 曜日）*平日

希望時間（第2希望）： 時 分 ※14~16時

○記入後、1階総合受付に提出ください。

○時間調整にお時間を頂く事があります。時間調整が出来ましたら、当院より電話またはメールにて連絡致します。

○ご希望の時間に調整できない場合があります。

○お一人家族、月2回程度とさせて頂きます。

○相談室で実施する場合、事前に手指消毒、問診票の記入を実施頂きます。

※その他注意事項はオンライン面会案内をご覧ください。

※今後のオンライン面会の検討するにあたり参考の為、ご家族様のオンライン面会に利用可能な端末・アプリがあれば○ご記入下さい。複数回答可。

利用端末： パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン

アプリ： Skype ・ LINE ・ Zoom