

面会記録簿

日付	令和 年 月 日	曜日
面会時間	時 分 ~ 時 分	
患者氏名	様	
面会者氏名		患者との続柄
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号 () -	

お預かりした個人情報につきましては、感染管理の目的以外には、一切の利用を行いません。

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院

面会記録簿

日付	令和 年 月 日	曜日
面会時間	時 分 ~ 時 分	
患者氏名	様	
面会者氏名		患者との続柄
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号 () -	

お預かりした個人情報につきましては、感染管理の目的以外には、一切の利用を行いません。

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院