

令和2年11月2日

入居者ご家族様

社会福祉法人 長命荘
特別養護老人ホーム フォレストホーム
施設長 林 昌弘

条件付き面会のご案内

菊花の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は当法人にご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症の感染予防対策として、面会規制等をさせていただき、皆様にはご心配とご不便をおかけしております。この度条件つきではございますが、令和2年11月6日から面会を再開させていただくこととなりました。面会の詳細につきましては、別紙1をご覧ください。

今後も面会規制等の情報はホームページでご案内させていただきます。ご入居者様のご様子等は、お電話にてお問い合わせいただきましたら対応させていただきます。なお、近隣地域の感染拡大等により、改めて面会制限についてお願いをする場合がございますが、ご了承くださいますようお願い申し上げます。

皆様には大変ご心配とご不便をおかけし誠に申し訳ありませんが、当施設が高齢者施設であるということをご理解いただき、ご協力のほどよろしく願いいたします。

〒630-0142
奈良県生駒市北田原町2429-4
社会福祉法人 長命荘
特別養護老人ホーム フォレストホーム
TEL 0743-78-8116
FAX 0743-78-6722

条件付き面会について

- ・ 面会場所：特別養護老人ホーム フォレストホーム 1階ロビー
机にアクリル板を設置させていただきます。

入居者様とアクリル板越しの面会になります。

- ・ 1回の面会につき、お二人までとさせていただきます。
- ・ 時間は15分以内とさせていただきます。
- ・ 利用者様につき2週間に1回とさせていただきます。
- ・ 前日までにご予約ください。

(同日時にすでにご予約されている方がいらっしゃる場合は予約できません。)

- ・ 入居者様の体調が不安定な場合、面会することができません。
- ・ 自宅で別紙2 面会事前チェックリストでチェックを行い、該当する項目があれば面会できません。その旨、当ホームまでご連絡ください。
- ・ 事務所前で検温をお願いします。37℃以上の場合はご面会できません。
- ・ 別紙3 面会者健康チェック表を1人1枚記入の上、事務所までご提出ください。
面会者健康チェック表の内容によって、面会をお断りすることがあります。
- ・ マスクをご持参ください。
- ・ 手洗い、うがい、手指消毒、マスク着用の上、ご面会ください。
- ・ 涙や鼻水をぬぐうなどの行為はおやめください。
- ・ 入居者様に直接触れることはおやめください。
- ・ 面会時の飲食はおやめください。
- ・ リモート面会についても並行して行います。
リモート面会の方法は今まで通りとかわりません。ご希望の場合は前日までにご予約ください。
- ・ ロビーでの密を避けるために予約時間を厳守してください。

特別養護老人ホーム フォレストホーム

面会事前チェックリスト

- ☐ 新型コロナウイルス感染症に感染している。
(過去に感染し、回復した場合には、お申し出ください。)
- ☐ 過去 2 週間以内に感染者等との接触があった。
- ☐ 過去 2 週間以内に発熱があった。
- ☐ 現在、体調不良である。
- ☐ 同居のご家族等で体調不良の方がいる。
- ☐ 本日の体温は 37℃以上である。(ホームでも検温します。)

特別養護老人ホーム フォレストホーム

面会者健康チェック表

※ 1 人 1 枚ご記入ください。

- ☐ 発熱している
- ☐ 過去 2 週間以内に熱があった
- ☐ だるい
- ☐ 気持ち悪い・吐き気がある
- ☐ 過去 1 週間以内に嘔吐した
- ☐ のどが痛い
- ☐ 下痢をしている
- ☐ くしゃみ、鼻水がある
- ☐ 目が赤い、または結膜炎がある
- ☐ 1 ヶ月以内に咳があった
- ☐ 現在、咳がある
- ☐ 1 ヶ月以内に匂いにくさがあった
- ☐ 現在、匂いにくさがある
- ☐ 1 ヶ月以内に味の感じにくさがあった
- ☐ 現在、味の感じにくさがある。

面会日時 令和 年 月 日 午前・午後 時 分
体温 . °C (平熱 . °C)

入居者様氏名 _____

面会者様氏名 _____

面会者様住所 _____

面会者様連絡先 _____

入居者様とのご関係 _____