

オンライン面会申込書

山形県立河北病院

予約受付担当 行

(FAX : 0237-71-1506 ※来院型の申込の場合のみ)

※太枠内を記入願います

項目		記入欄		備考
患者さんについて	入院病棟			
	氏名	(よみがな)		
オンライン面会希望のご家族について	氏名	(よみがな)		患者さんとのご関係： オンライン面会の人数(来院型の場合)： 人
	電話番号			必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。
オンライン面会利用希望日時 <small>(注：利用希望日の2日前の受付時間に合うようお申込み願います)</small>	第1希望	令和 年 月 日 ( )	[時間枠 ]	第1～3希望のうち1つ以上は、別日を指定してください。  [時間枠 ]には次の①～④から選んで番号を記載 ①14:00～14:30 ②14:30～15:00 ③15:00～15:30 ④15:30～16:00
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	[時間枠 ]	
	第3希望	令和 年 月 日 ( )	[時間枠 ]	
利用方法	来院型	ご家族の方も患者さんも、当院のiPadを使用する方法 ( )		来院型希望の場合、( )に○をつける
	在宅型 <small>(注：在宅型を希望される場合、メールでお申込みください。)</small>	ご家族の方はご自分のスマホやPCを、患者さんは病院のiPadを使用する方法	希望するアプリ「Zoom」か「FaceTime (iPhone、iPad専用)」  当日使用するメールアドレス	在宅型希望の場合、メール本文に左記の項目もご記入ください。

病院側使用欄	受付日時	
	返答日	
	担当者	