

# Hospital and Medical Facility Visitor Log

**Notice:** For the safety and security of our patients and staff, all visitors are required to sign in upon arrival and sign out upon departure.

Facility Name:

Date:

Location/Ward/Unit:

Visitor's Full Name	Patient Name & Room Number	Relationship to Patient	Time In	Time Out	Contact Phone Number	Visitor Signature / Initials
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text" value="HH:MM AM/PM"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Staff Sign-off/ Page Verification: