

☆来院の都度記入し、各部署の実習・見学担当者にご提出ください。

問診票

※実習・見学時には清潔なマスクの持参及び手指消毒も必須とさせていただきます。

日時: 令和 年 月 日

学校等所属先:

氏名:

●当日の検温

測定時刻(研修当日起床時)	当日の体温
時 分	°C

⇒

37.5°C以上の方は
当院にご相談ください

●症状がある場合(1週間以内)

	無	有
熱		
咳		
咽頭痛		
息切れ		
呼吸苦		
下痢が2日以上続く		
味覚異常		
嗅覚異常		

1つでも有の場合
⇒

該当者の方は
当院にご相談ください

●ライブハウス、クラブ、カラオケ、立食パーティ、大人数(5名以上)での飲み会の参加(2週間以内)

無	有

有の場合
⇒

該当者の方は
当院にご相談ください

●新型コロナウイルス感染症患者との接触(2週間以内)

	無	有
自分自身が接触		
同居人が接触		

有の場合
⇒

該当者の方は
当院にご相談ください

●海外渡航歴(2週間以内)

無	有

有の場合
⇒

該当者の方は
当院にご相談ください

※上記で有の方のみ記入してください。

国名

●副業・アルバイトの有無(2週間以内)

無	有

有の場合
⇒

下の項目にチェックし、
該当者の方は
当院にご相談ください

【項目】

- 飲食店 サービス業 販売 医療・福祉・介護
配達・物流 教育 イベント・キャンペーン 事務職
その他()

(裏面に続く)

☆来院の都度記入し、各部署の実習・見学担当者にご提出ください。

問診票

●新型コロナウイルスワクチン接種

有 1回目接種日 ____年 ____月 ____日 無

有 2回目接種日 ____年 ____月 ____日 無

有 3回目接種日 ____年 ____月 ____日 無

※新型コロナウイルスワクチン接種を推奨しております。

●問い合わせ先 京都市立病院 事務局総務担当 TEL:075-311-5311(代)
