

問診票

◎以下の項目にご記載のうえ、試験日にご持参ください。

受験番号：

氏 名：

体温（受験票の到着日から試験当日まで毎日記録してください）					
4月 日	4月 日	4月 日	4月 日	4月 日	4月 日
℃	℃	℃	℃	℃	℃

●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		

●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

※「症状がある場合（1週間以内）」のいずれかの項目が「有」の場合、
原則受験いただけませんのでご了承願います。

※「新型コロナウイルス感染症患者との接触（2週間以内）」が「有」の場合、
京都市立病院事務局までお問い合わせ下さい。個別、受験の可否を判断いたします。