

問診票

※以下の項目を記入し、試験日にご持参ください。

※受験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

受験番号: _____

氏名: _____

●当日の検温

測定時刻(試験日当日起床時)	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		

※「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。

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