

**☆来院日の都度記入し、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着用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

学校等所屬先：

氏名:

#### ● 当日の検温

測定時刻(来院当日起床時)	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

### ●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

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回間以内)

無	有

有の場合  
⇒

該当者の方は  
当院にご相談ください

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