

# 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（受取日から試験当日まで毎日記録してください。）				
5月15日	5月16日	5月17日	5月18日	5月19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

## ●海外渡航歴(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。

※それ以外の項目でいずれかが「有」の場合、

京都市立病院事務局までお問合せ下さい。個別、受験の可否を判断いたします。