

☆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		

※「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、原則見学  
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  
事務局総務担当  
TEL:075-311-5311(代)