

# 施設利用情報提供書

記入年月日平成 年 月 日

医療機関名・住所・電話番号・FAX

医師氏名

㊞

フリガナ 利用者名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳
主傷病名	アレルギー 無・有 ( )	
身長・体重	( ) cm・( ) kg	測定日 年 月 日
感染症	無・有 (HBs 抗原・HCV 抗体・Wa 氏・MRSA・その他 ( ))	

※感染症につきましては貴院にて分かる範囲でご記入下さい。(新たな検査は必要ございません)

## 医師所見

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

現在の処方内容
---------

☆主病名に関する検査データの添付をお願い致します。