

転院事由発生連絡票

三原市福祉事務所長 様

次の者については、これまで入院治療を行ってきましたが、下記のとおり転院の必要性が生じたため、連絡します。

転院事由発生日	平成 年 月 日
患者氏名	
生年月日	年 月 日
受給者番号	
現在入院中の傷病名	(1)
	(2)
	(3)
傷病の程度	
転院予定日	平成 年 月 日
転院先予定医療機関 (決まっている場合)	
転院を必要とする理由 他院での治療が必要な理由	
その他連絡事項	

医療機関

連絡票記載者:

TEL:

(福祉事務所確認欄) FAX 0848-64-2130

嘱託医意見 平成 年 月 日	備 考	嘱託医印
<input type="checkbox"/> 要		
<input type="checkbox"/> 否		