

(参考様式)

福祉事務所長 様

転院事由発生連絡票

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、連絡いたします。

転院事由発生日	
氏名	
現在入院中の医療機関名	
傷病名又は部位	(1) (2) (3)
傷病の程度	
転院が必要と認めた理由	
転院先予定医療機関 (ある場合)	
その他連絡事項	

指定医療機関名：

連絡票記載者： _____