

転院事由発生連絡票

呉市福祉事務所長 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 (決まっている場合)		
その他連絡事項		

連絡票記載者: _____

嘱託医意見 令和 年 月 日	備考	嘱託医印
<input type="checkbox"/> 要		
<input type="checkbox"/> 否		