

直方市用

転院事由発生連絡票

次の者について、当院で入院治療を行ってきましたが、下記の理由により転院が行われました。

患者氏名		
生年月日		年 月 日
現在入院先での内容等	傷病名又は部位 (現在入院して治療中の主傷病名)	(1)
		(2)
		(3)
	傷病の程度	(入院治療が必要な理由、入院期間等)
転院事由等	転院事由発生日 (転院予定日ではありません)	令和 年 月 日 (他院での治療が必要な傷病が判明した日)
	転院が必要と認めた理由 (他院での治療が必要な理由(現在入院中の医療機関では傷病の治療ができない等))	
	転院先(予定)医療機関	
	転院(予定)日	令和 年 月 日
その他連絡事項		(転院先での治療後、再度戻る可能性がある場合はその旨記載)

令和 年 月 日

医療機関名 :

連絡票記載者 :

電話 :

FAX :

福祉事務所処理欄

嘱託医協議 (年 月 日)	要 否	備考(コメント)
----------------	--------	----------