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 |  |
| 生年月日 |  |
| 現在入院中の医療機関名 |  |
| 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 |  |

**※提出方法につきましては、ＦＡＸ・郵送・窓口にて提出お願い致します。**

連絡票記載病院：TEL

　　　　　　　　名称