

# 転院事由発生連絡票

**久留米市福祉事務所長 あて**

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。

患者氏名		
生年月日		M T S H R      年      月      日
現在入院先での内容等	傷病名又は部位 <small>(現在入院して治療中の主病名)</small>	(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 <small>(転院予定日ではありません。)</small>	令和                  年                  月                  日 <small>(他院での治療が必要な傷病が判明した日)</small>
	転院が必要と認めた理由 <small>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)</small>	
	転院先予定医療機関 <small>(ある場合)</small>	
	転院予定日	令和                  年                  月                  日
その他連絡事項		(転院先で治療後、再度戻る可能性がある場合はその旨記入)

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 (    年    月    日)	要・否	備考(コメント)