

# 転院事由発生連絡票

福祉事務所長 様 (医療扶助適正化推進員扱い)

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、連絡します。

|                |   |                   |
|----------------|---|-------------------|
| 患者氏名<br>(生年月日) |   | 年 月 日             |
| 現在の治療状況        | 傷病名又は部位<br>(現在入院治療中の主たる病名)  | (1)<br>(2)<br>(3) |
|                | 傷病の程度<br>(入院治療が必要な理由・入院期間等)                                       |                   |
|                | 転院  | 令和 年 月 日          |
| 転院事由等          | 転院予定日   | 令和 年 月 日          |
|                | 転院先予定医療機関<br>(ある場合)   |                   |
|                | 転院が必要と認めた理由<br><br>他院での治療が必要な理由<br>(現在入院中の医療機関では<br>傷病の治療ができない理由) |                   |
| その他連絡事項        |   |                   |

連絡票記載医療機関: \_\_\_\_\_  
記載者氏名: \_\_\_\_\_  
TEL: ( ) - \_\_\_\_\_

※連絡票は、転院予定日までに福祉事務所へご送付ください。(FAX可:番号裏面)

(福祉事務所記入欄)

|        |      |      |    |     |            |
|--------|------|------|----|-----|------------|
| 嘱託医の意見 |      |      |    |     | 印          |
| 所長     | 所長代理 | 所長補佐 | 係長 | 担当者 | 適正化<br>推進員 |
|        |      |      |    |     |            |