（参考様式）

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 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 現在入院中の医療機関名 |  |
| 傷病名・部位 | (1) |
| (2) |
| (3) |
| 傷病の程度 |  |
| 転院が必要な理由 |  |
| 転院先医療機関 |  |
| 転院（予定）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他連絡事項 |  |

堺市　　保健福祉総合センター所長あて

（医療機関名）

（所在地）

（連絡先電話番号）

（記載者）