（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）