転院事由発生連絡票

直方市用

　次の者について、当院で入院治療を行ってきましたが、下記の理由により転院が行われました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 現在入院先での内容等 | 傷病名又は部位  （現在入院して治療中の主傷病名） | (1) |  |
| (2) |  |
| (3) |  |
| 傷病の程度 | （入院が必要な理由、入院期間等） | |
|  | |
| 転院事由等 | 転院事由発生日  （転院予定日ではありません） | 令和　　年　　月　　日 | |
| （他院での治療が必要な傷病が判明した日） | |
| 転院が必要と認めた理由 |  | |
| （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)） |
| 転院先（予定）医療機関 |  | |
| 転院（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| その他連絡事項 | | （転院先での治療後、再度戻る可能性がある場合はその旨記載） | |
|  | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 嘱託医協議（　　　年　　月　　日） | 要　否 | 備考（コメント） |
|  |