

転 院 連 絡 票

次の者については、下記のとおり転院の必要性が生じたため、連絡します。

転院事由発生日	令和 年 月 日
氏名	
生年月日	年 月 日
傷病名・部位	(1)
	(2)
	(3)
傷病の程度	
転院が必要な理由	例) 一般病棟入院から療養病棟入院に伴う転院 急性期から回復期への移行による転院
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	

- 大阪市_____区保健福祉センター所長宛て
- 大阪市長宛て（緊急入院保護業務センター分）

.....
 (医 療 機 関 名)

 (所 在 地)

 (連 絡 先 電 話 番 号)

 (記 載 者)
