

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<br>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).....