

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
転院の必要が生じたため、連絡いたします。

転院事由発生日		
氏名		様
現在入院中の医療機関名		
傷病名又は部位		
傷病の程度		
転院が必要な理由		
転院先予定医療機関 (ある場合)		
その他連絡事項		

連絡票記載者名

⑩
