

年 月 日

豊中市福祉事務所（医療介護係）宛

### 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、連絡します。

患者氏名		
生年月日		M T S H 年 月 日
現在入院先での状況等	傷病名又は部位 (現在入院治療中の主たる病名)	(1)
		(2)
		(3)
	傷病の程度	
転院事由等	転院事由発生日	年 月 日 (他院での治療等の必要性が判明した日)
	転院が必要と認めた理由 他院での治療等が必要な理由 (現在入院中の医療機関では対応できない理由等)	
	転院予定医療機関	
	転院予定日	年 月 日
その他連絡事項		(転院先で治療後、再び戻る可能性がある場合はその旨記入)

平成 年 月 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_

記載者氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

<送付先> 豊中市福祉事務所 医療介護係  
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1 (第2庁舎東分室)  
TEL06-6842-3577