

福祉保険部保護第1課・2課・3課 宛

記載例 転院事由発生連絡票（旭川市）

（本連絡票はFAX又は郵送等にてご提出下さい。FAX番号:0166-26-7654）

受付印

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、次のとおり転院の必要性が生じたため、連絡いたします。

対象者	氏名	(ふりがな) あさひかわ たろう 旭川 太郎
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
地区担当者 (担当者が不明な場合は未記入でも構いません)		保護第 〇 係 ・ 担当CW ××
転院事由発生日 (転院予定日ではありません)		令和 〇 年 〇 月 〇 日
傷病名	(1)	〇〇〇〇病
	(2)	××××病
	(3)	
傷病の程度		入院見込み期間3か月程度
転院が必要と認めた理由		〇〇〇〇病にて平成〇〇年△月×日から当院に入院しているが、××××病の悪化により治療を要するため。
転院先予定医療機関(ある場合)		旭川□□□病院
転院予定日(ある場合)		令和 〇 年 〇 月 △ 日
その他連絡事項		
※福祉保険部記載欄 嘱託医の意見		令和 年 月 日

連絡票記載医療機関

医療法人旭川〇〇〇病院

記載者: 旭川 次郎

連絡先: 0166-〇〇-〇〇〇〇

※福祉保険部記載欄
特記事項