

福祉保険部保護第1課・2課・3課 宛

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）



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)
	生年月日	年 月 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	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	年 月 日
傷病名	(1)	
	(2)	
	(3)	
傷病の程度		
転院が必要と認めた理由		
転院先予定医療機関(ある場合)		
転院予定日(ある場合)	令和	年 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

記載者:

連絡先:

※福祉保険部記載欄
特記事項