転院（入院）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、連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 転院事由発生日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 現在入院中の医療機関名 | |  | | |
| 担当医師名（診療科名） | |  | | |
| 傷病名または部位 | | ⑴ | | |
| ⑵ | | |
| ⑶ | | |
| 傷病の程度 | |  | | |
| 転院（入院）が必要と認めた理由 | |  | | |
| 転院（入院）先予定医療機関 | |  | | |
| その他連絡事項 | |  | | |

記載年月日：令和　　年　　月　　日

※以下、社会援護課及び嘱託医記載欄

担当CW：

・初回入院日　（令和　　年　　月　　日）

・１回目転院日（令和　　年　　月　　日）　　・２回目転院日（令和　　年　　月　　日）

・９０日間居宅に戻ることなく、２回以上続けて転院している

　　　　　　　□　はい　　　　　□　いいえ

【※嘱託医意見】

上記のとおり、転院を（　１．要する　　２．要しない　）と認めます。

嘱託医　　　　　　　㊞