

**大津市福祉事務所 生活福祉課 宛**

〒520-8575 大津市御陵町3番1号

FAX 077-523-0412

**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。

転院事由発生日	
氏 名	
生 年 月 日	
現在入院中の医療機関名	
傷病名又は部位	(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)	
その他連絡事項	

医療機関名

連絡先(ご担当者名)

( )