

様式第7号（第16条関係）転院通知書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム転院通知書（地域連携パス）

豊橋市民病院 院長 様

地域連携パス対象患者において、当院での治療を終え、下記医療機関へ転院することとなりましたので、転院先主治医に対し、当該患者の診療情報公開設定をお願いします。

<主治医記載欄>

記載日：	_____年	_____月	_____日
フリガナ 患者氏名：	_____		旧姓：_____ 男・女
生年月日：	_____年	_____月	_____日
住 所：	_____		
電 話：	_____	-	_____
豊橋市民病院診察券番号	： _____ ※登録番号がわかれば記入してください		

情報提供を行う			
転院先医療機関名：	_____		
転院先主治医氏名：	_____		
所在地：	〒 _____		
電 話：	(_____)	-	FAX：(_____) - _____

*本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へFAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<地域連携パス>

受 理 日： _____年 _____月 _____日
 登 録 日： _____年 _____月 _____日
 患 者 I D： _____

受付者	作業者