## **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：**

**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

作業者

受付者

登録日： 年 月 日

患者ＩＤ：