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

患者氏名（フリガナ）：　　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・病診連携担当へ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）

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

＜地域連携パス＞

受付者	作業者