

記載例 18

都支部様式第 45 号

転 医 届		認 定 番 号	〇〇〇〇～〇〇〇〇
被災職員	所属・所在地	新宿区西新宿2-8-1 東京都〇〇局〇〇部	
	住所・氏名	東京都〇〇市〇〇町1-2 新宿太郎	
	傷病名	右下腿骨骨折	
現在受診 している 診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇	
	名称	平クリニック	
	療養期間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 年 月 日まで	1 日間
転院先の 診療機関	所在地	千代田区永田町〇-〇	
	名称	関東整形外科病院	
	転医年月日	平成 29 年 7 月 5 日から	
医師の 証明	転医の理由	受傷直後、当院に来院し、診断の結果手術を要すると認め、入院設備のある関東整形外科病院に転医させた。	
	上記理由により	関東整形外科病院	へ転医させたことを証明します。
		平成 29 年 7 月 8 日	
医療機関の		{ 所在地 千代田区平河町〇-〇-〇 名称 平クリニック 担当医師 平 正 雄	
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。			
平成 29 年 7 月 8 日			
		被災職員氏名	新宿太郎 

[注意事項]

- 1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。
- 2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。