

移送を必要とする医師の意見書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 氏 名	
傷 病 名			入 院 ・ 外 来
発病・負傷年月日		傷病の原因	
傷病経過の概要			
移送経路及び 移送方法			
移送年月日及び 移送回数	年 月 日から	年 月 日まで	回
移送を必要 とする理由			
付添人を必要 とする理由			

上記の理由で移送が必要であると認めます。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名

㊞