

移送に関する医師の意見書

被保険者番号		
移送を受けた者	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	〒
傷病名及びその原因		
発病又は負傷年月日		

移 送 年 月 日		移 送 方 法	
移 送 経 路			

移送を必要と認めた理由

付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名
所在地 〒

医 師 名 印
電 話 番 号 () -