

移送を必要とする医師の意見書

患 者 名		生年月日	昭・平 年 月 日
傷 病 名		発症又は 負傷の原因	
移送年月日	平成 年 月 日	発症又は 負傷年月日	平成 年 月 日
移 送 区 間 (医療機関名)			
移 送 方 法	1 寝台車 2 その他()		
入院した場合 (移送元医療機関)	保険医療機関名		
	入院期間 (入院年月日)	平成 年 月 日 ~ 年 月 日	
移 送 を 必 要 と 認 め る 理 由	傷病の経過及び 具体的処置の内容		
	転院(入院)を必要と する具体的な理由		
付添い人(医師・看護師)を必要とする理由			
以上のとおり移送の必要を認めます。			
平成 年 月 日			
保険医療機関の 所在地及び名称			
保 険 医 氏 名			