

移送を必要とする医師の意見書

被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号		患 者 氏 名	
傷 病 名			入 院 ・ 外 来
発病・負傷年月日		傷病の原因	
移 送 年 月 日		診断年月日	
移 送 方 法			
移 送 経 路			
移 送 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

医療機関住所

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名