

移送に関する医師の意見書

移送を受けた者	被保険者 記号番号	
	氏名	
	生年月日	年月日

移送年月日	年月日	移送方法	
移送経路			

移送を必要と認めた理由

（この欄は、必要と認められた理由を記入するための大きな箱です。）

付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由

（この欄は、付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由を記入するための大きな箱です。）

上記の理由により、移送の必要を認めます。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
医師名
電話番号

印

（この欄は、認めた旨を記入するための箱です。印を押す場所もここにあります。）