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

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。

令和　年　月　日

医療機関名
所在地
医師名　㊞
電話番号