

移送を必要とする医師の意見書

患者氏名 (生年月日)	年 月 日生	傷病名	
初診日	年 月 日	入院年月日	年 月 日
移送を 必要と する理由			
移送の区間			
移送の方法			
上記の理由で、移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師名 (電話 :)			

医師の指示による緊急その他やむを得ないと認められた場合に、医療機関担当医に記入を依頼して下さい。