

## 移送等を必要とする医師の意見書

療養者氏名		療養者 生年月日	年 月 日
傷病名		初診年月日	年 月 日
入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
移送（搬送）を 必要とした理由			
移送（搬送） 年月日	年 月 日 <small>（数日の場合：～ 年 月 日まで）</small>	移送（搬送）の 方法	
移送（搬送）の 区間			
移送（搬送）の 経路			
<p>上記の理由により、移送（搬送）の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号 — —</p>			

- ・付添いがあった場合は、その理由及び付添人の氏名、続柄及び住所をご記載願います。
- ・医学的管理の必要があり、医師等の付添人があった場合は、その理由及び付添人の詳細（人数及び医師、看護師等の職種など）をご記載願います。
- ・医療機関にて独自様式があり、当様式の内容を満たしていればそちらを利用していただいて構いません。