

移送を必要とする医師の意見書

患者氏名		傷病名	
初診年月日	平成 令和 年 月 日	入院年月日	平成 令和 年 月 日
移送を 必要と する理由			
移送の 区 間			
移送の 方 法			
<p>上記の理由で、移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関名 医師の氏名 ㊟ (電話番号 (.....))</p>			