

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 から 年 月 日 まで		
移送（搬送）を必要とした理由			
移 送 年 月 日	年 月 日	移 送 の 法	
移送（搬送）の区間および経路			
上記の理由により、移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関 医 療 機 関 名 担 当 医 師 名 TEL — — 印			

- ・ 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も記載願います。
- ・ 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させていただいて構いません。