

移送を必要とする意見書

| | | | | | | | |
|--|--|------|-------------|--------|---|---|---|
| 療養者氏名 | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | |
| 傷病名 | | | 初診年月日 | 平 令 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病経過 の概要 (局所・所見) | | | | | | | |
| 移送を必要 とする理由 〔医学的に詳しく 記入のこと〕 | | | | | | | |
| 転医先の 指定病院 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| 上記の理由で移送の必要を認めます。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | |