

移送を必要とする意見書

療養者氏名			
傷病名		発症又は負傷の原因	
移送年月日		年 月 日	発症又は負傷年月日 (療養開始日)
入院した場合の入院期間		年 月 日	から 年 月 日
移送先住所及び病院名			
移送を必要とする理由	傷病の経過及び 具体的処置の内容		
	転院(入院)を指示した とする具体的な理由	当てはまる項目すべてにチェックし、理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 緊急を要する転院(入院)のための移送である。 <input type="checkbox"/> やむを得ない転院(入院)のための移送である。	
付添い人(医師・看護師)を必要とする理由			
移送の方法及び経路			
上記の所見により、移送の必要があると認めます。			
年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 印 </div>			

[注意事項]

1. 「移送を必要と認めた理由」欄は、下記2の状況がわかるように具体的に記入してください。
2. 支給対象は、移動困難な患者であり、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合等です。
3. 日付は和暦で記入してください。