

移送を必要とする医師の意見書

療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名		発 病 (負 傷) 年 月 日	令和 年 月 日
入 院 期 間	令 和 年 月 日 か ら 令 和 年 月 日 ま で		
移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由 (付 添 い が あ っ た 場 合 は 、 併 せ て 付 添 い を 必 要 と 認 め た 理 由)			
移 送 年 月 日	令 和 年 月 日		
移 送 の 方 法			
移 送 の 経 路			
上 記 に 掲 げ る 理 由 に よ り 、 移 送 が 必 要 で あ っ た と 認 め ま す 。 令 和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 住 所 電 話 () 主 治 医 氏 名			

〔注意事項〕

- 1 「移送を必要と認めた理由」欄は、下記2の状況が分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。