

## 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	年 月 日
入院期間	年 月 日 から 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	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。			
年 月 日			
保険医療機関名			
住 所			
電 話 ( )			
主治医氏名			

## 〔注意事項〕

- 「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。
- 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。