

移送に関する医師の意見書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の 記号・番号	—	事業所名		
被保険者氏名		発病又は 負傷日	令和	年 月 日
移送を受けた 者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和	続柄
傷病名				
発病又は負傷の原因				
傷病の経過				
移送を必要と 認められた理由 (病状などを入れて詳しく)				
移送に付添を必要と 認められた時はその理由				
診療等の支給又は手 当を受けた医療機関 等	名称			
	所在地			
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
移送日	令和 年 月 日	移送後は	1. 入院 2. 入院外	
移送先	名称			
移送方法及び経路	方法			
	経路			
<p>上記の理由で移送の必要を認める。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師又は 歯科医師 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>				