

移送に関する医師の意見書

被保険者番号		
移送を受けた者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
傷病名及びその原因		
発病又は負傷年月日		

移送年月日	年 月 日	移送方法	
移送経路			

移送を必要と認めた理由

付添人(医師・看護師)を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、移送の必要を認めます

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号 () -