

## 移送を必要とする医師の意見書

被保険者証番号			
患者の氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
傷病名			
発病負傷年月日	令和 年 月 日		
付添人	(患者との関係 )		
移送年月日			
移送方法			
移送経路	から まで		
移送を必要と認めた理由			
<p>上記のとおり移送が必要であることを認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 _____ (印)</p>			