

移送に係る医師又は歯科医師の意見書			
被保険者番号		移送を受けた 被保険者氏名	
傷病名		生年月日	年 月 日
		発病又は 負傷年月日	年 月 日
移送経路			
移送方法			
移送日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃
移送を必要と 認めた理由			
付添いを必要 と認めた理由			
<p>上記の理由により、移送を必要と認めます。</p> <p style="text-align: center; margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-left: 40px;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center; margin-left: 40px;">所在地</p> <p style="text-align: center; margin-left: 40px;">保険医名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center; margin-left: 40px;">電話番号 (            )      ー</p>			