

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 年 月 日	年 月 日
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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 () ー</p>			