

移送を必要とする医師意見書

療養者氏名		療養者 生年月日	年 月 日
傷病名		発病又は 負傷年月日	年 月 日
搬送の区間			
搬送の経路			
搬送方法			
搬送年月日	年 月 日		
<p>移送を必要と認めた理由 (系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)</p>			
<p>付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由</p>			
<p>上記の理由により、移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p>医療機関 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">TEL ()</p>			

※医学的管理の必要があり、医師等の付添人があった場合は、その理由及び付添人の詳細も記載願います。

※医療機関にて独自様式があり、当様式の内容を満たしていればそちらを利用していただいて構いません。