

移送を必要とする意見書

傷病名		氏 名	
移送を必要 と認めた理由 (具体的に)			
移 送 経 路 (区 間)			
移送方法		移送年月日	
入院期間			
付添があったときは、 付添を認めた理由			
付添い人の氏名		付添い人の住所	
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関等の</p> <p style="text-align: center;">所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">医師(歯科医師)氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>			

*記載もれ等、不備のないようご注意ください。