

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	
上記の理由で移送の必要を認めます。			
令和 年 月 日			
保険医療機関等の			
所在地及び名称			
医師(歯科医師)氏名			
電話番号			

*記載もれ等、不備のないようにご注意ください。