

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	4.平成 5.令和 年 月 日
入院期間	4.平成 5.令和 年 月 日	～	4.平成 5.令和 年 月 日( 日間)
付添があったときは、付添を認めた理由			
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関等の 住所及び名称</p> <p>医師(歯科医師)氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>			

※記載もれ等、不備のないようご注意ください。