

※ 意見書の記入は、転院元または在宅医療を行った医療機関で記入してください。

移 送 に 関 す る 医 師 の 意 見 書

|                           |        |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |
|---------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|
| た移<br>被送<br>保を<br>険受<br>け | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏 名  |       |
|                           | 住 所    |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |

|                      |  |                        |       |
|----------------------|--|------------------------|-------|
| 傷 病 名 及 び<br>そ の 原 因 |  | 発 病 又 は<br>負 傷 の 年 月 日 | 年 月 日 |
|                      |  | 移 送 年 月 日              | 年 月 日 |
| 移 送 経 路              |  |                        |       |
| 移 送 方 法              |  |                        |       |

移送を必要と認めた医学的理由

付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名