

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

患者名		生年月日	
傷病名			
移送を必要とする理由 症状・その他 具体的に記入 してください			
移送の方法 経路・回数			
移送年月日			
付添人を必要とする理由			
上記のとおり移送の必要を認めます。			
年 月 日			
保険医療機関の 所在地及び名称			
保 険 医 師 名			
印			