

移送についての意見書

傷 病 名	(1)	診 療 開 始 日	(1)	年	月	日
	(2)		(2)	年	月	日
	(3)		(3)	年	月	日
移送を必要とする者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	京				
	氏 名 及 び 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生				
移 送 先 医 療 機 関 の 所在地、名称及び電話番号	()					
移 送 の 方 法 (詳しく記載してください。)						
移送を必要とする理由 (緊急性、必然性等も含めて 詳しく記載してください。)						
医 師 又 は 看 護 師 が 付 き 添 う 必 要 の 有 無 及 び 理 由	☐ 有 内 訳： ☐医師 1 人 ☐看護師 1 人 ☐その他 () : 所属及 び氏名 理 由: ☐ 無					

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関所在地

名称

電話 ()

代表者又は

保険医氏名