移送を必要とする医師の意見書

被保険者証の記号・番号	十和田	患者氏名	
傷病名			入院・外来
発病・負傷年月日		傷病の原因	
移送年月日			
移送方法			
移送経路			
付添人	有・無	※有の場合、付添が必要な理由	
療養上移送を必要とする理由 ※移送の目的、患者の症状、緊急性等を含めて記入すること			

上記の理由で移送が必要であると認めます。

令和　　年　　月　　日

住　所

保険医（主治医）

氏　名　　㊞