

移送を必要とする医師の意見書			
被 保 険 者 号 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			
印			