|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 入院 | 外来 |

　　　　　　**移送を必要とする意見書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患 者 氏 名 |  | 生 年月 日 | 年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 |
| 傷 病 名 |  | 発病または負傷年　月　日 | 年　　　 月　 　　日 |
| 移送先医療機関 | 住 所名 称 | 移送年月日 | 年　　　 月　　　 日 |
| 移 送方 法 |  |
| 移送前の住所 |  |
| 付添人１人の氏名 |  | 付添人1人の費用 |  |
| 移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由 |
| 症 状 詳 記 |
| 上記の理由で移送の必要を認めます。　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名医　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

注 意 事 項※「移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由」および「症状詳記」については、なるべく詳しく記入してください。※付添人が必要な場合は付添人のうち1人の氏名と費用の記入をお願いします。 |