

移送を必要とする意見書

入院

外来

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			
<u>移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由</u>					
<u>症 状 詳 記</u>					
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。

