

移送を必要とする意見書

患者氏名		住所	
傷病名			
移送を必要と認めた理由			
付き添いがあった場合、その付き添いを必要と認めた理由			
移送方法	経路		
	方法		
	年月日		

上記のとおり移送が必要であることを認める。

年 月 日

所在地
 保険医療機関
 の 名称
 保険医氏名

印