

移送に係る医師又は歯科医師の意見書

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
傷 病	傷 病 名	
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
	傷病の原因	
移送時の 状況	移送区間	
	移送方法	
	移送年月日	令和 年 月 日
	歩行の可能性	歩行不可能 ・ 歩行が著しく困難 ・ 自力歩行可能
	入院先又は転医先	
入院治療又は転医、付添の理由 (転医の場合は転医先を決めた理由、付添があった場合はその理由も併せて記入してください。)		
令和 年 月 日 診断 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師又は歯科医師名		