

移送に係る医師又は歯科医師の意見書

| | | | |
|---|--|----------------------|-------|
| 被保険者番号 | | 移送を受けた 被保険者氏名 | |
| 傷 病 名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 | 年 月 日 |
| 移 送 経 路 | | | |
| 移 送 方 法 | | 移 送 年 月 日 | 年 月 日 |
| 移送を必要と 認めた理由 | | | |
| 付添いを必要 と認めた理由 | | | |
| <p>上記の理由により、移送を必要と認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 () ー</p> | | | |