

移送を必要とする医師の意見書

被保険者証の 記号・番号		患者氏名	
傷病名			入院・外来
発病・負傷年月日		傷病の原因	
移送年月日			
移送方法			
移送経路			
移送を必要とする理由			

上記の理由で移送が必要であると認めます。

令和 年 月 日

住所

保険医(主治医)

氏名

印