

移送を必要とする意見書

記号番号
78

移送を受ける者の氏名	性別	男・女	生年月日	S・H	年	月	日
傷病名			初診年月日	平成	年	月	日
傷病経過の概要 (局所・所見)							
移送を必要とする理由			移送年月日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> 医学的に詳しく記入のこと							
移転先の指定病院							
移送の方法 区間・回数							
付添人を必要とする場合の理由							
備考							

上記の理由から移送の必要を認めます。

平成 年 月 日

住 所

電話 ()

保険医療機関名

印

担当保険医

印