

移送に関する医師の意見書

※ 意見書の記入は、医療機関で記入してください。

記号番号	宮国		
移送を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日	年 月 日
移送年月日	年 月 日	移送方法	
移送区間			

移送を必要と認めた理由

1. 転院先の病院に入院せざるを得ない医学的理由
2. 転院先の病院を選択した具体的治療目的と医学的理由
3. 傷病等の状況
4. 付添人（医師・看護師）の氏名および住所（いない場合は空欄）
住所
氏名

上記の理由により、移送の必要性を認めます。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

担当医師名

印