

※ 意見書の記入は、転院元または在宅医療を行った医療機関で記入してください。

移送に関する医師の意見書

た移送 保を 険受 け者	被保険者番号								氏名		
	住所	尾道市							生年月日	年	月

傷病名及び その原因	発病又は 負傷の年月日	年	月	日
	移送年月日	年	月	日
移送経路				
移送方法				

移送を必要と認めた医学的理由

--

付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由

--

上記の理由により、移送の必要を認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名