

移送を必要とする医師の意見書

療養者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		発病(負傷) 年月日	年 月 日
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、併せて付添いを必要と認めた理由) 救急車を利用できない理由も併せてご記入ください。			
移送年月日	年 月 日		
移送の方法			
移送の経路			

上記の理由により、移送することが必要であったと認めます。

年 月 日

医療機関名
所在地
電 話 ()
医 師 名 ⑩

[注意事項]

- 1 「移送を必要と認めた理由」欄は、2に記載した状況がわかるように具体的に記入してもらってください。
- 2 支給対象は、症状が重篤で移動困難な患者であり、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合等です。