

移送に関する医師の意見書

被保険者氏名	男 女	被保険者 生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
被保険者住所				
傷病名及び その原因		発病又は 負傷年月日		年 月 日
移送年月日	年 月 日			
移送経路				
移送方法				
<p>1. 移送の理由（該当項目へチェックしてください。）</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 被保険者が疾病、負傷により入院を要する <input type="checkbox"/> 歩行不可 かつ <input type="checkbox"/> 被保険者が疾病、負傷により転院を要する <input type="checkbox"/> 歩行が著しく困難 </p> <p>2. 傷病の経過（上記傷病により歩行不可又は歩行が著しく困難であることについて、詳細に記入をお願いします。）</p> <p>3. 療養上、入院又は転院せざるを得ない緊急その他やむを得ない理由（患者の症状からみて、移送元の医療機関の設備等では十分な診療ができない理由など）について、詳細に記入をお願いします。</p> <p>4. 医師、看護師等の付添いがあったときは、その付添いが必要であると認めた理由の記入をお願いします。</p> <p>上記の理由により、 _____ 年 月 日の移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">（送り出す側の）</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>				