移送に関する医師の意見書

被保険者 氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
被保険者 住　所			
傷病名及び 原　　因		発病又は 負傷年月日	年　　月　　日
移送年月日	年　　月　　日		
移送区間			
移送方法			

1．移送の理由（該当項目へチェックしてください。）

□　被保険者が疾病、負傷により入院を要する　　□　歩行不可

かつ

□　被保険者が疾病、負傷により転院を要する　　□　歩行が著しく困難

2．傷病の経過（歩行不能あるいは困難な病状について、詳細に記入を願います。）

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、当該医療機関の設備等では十分な診療ができない理由）について詳細に記入を願います。

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年　　月　　日

所 在 地

（送り出す側の）
医療機関の　名　　称

医師氏名