

# 移送に関する医師の意見書

医療機関が記入

※ 意見書の記入は、原則として、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。

被保険者 記号番号							
移送を受けた 者の氏名						生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
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	令和	年	月	日	移送方法		
移送経路							

## 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  
(系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)
3. 傷病等の状況

## 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

所在地

医療機関名

医師名



電話番号

( )