移送を必要とする医師の意見書

<table>
<tr><td>患　者　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="2"></td><td>発症又は
負傷の原因</td><td></td></tr>
<tr><td>移送年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>発症又は
負傷年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>移 送 区 間
（医療機関名）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>移 送 方 法</td><td colspan="4">1　寝台車　　2　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院した場合
（移送元医療機関）</td><td colspan="2">保険医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入院期間
（入院年月日）</td><td colspan="2">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">移送を必要とする理由</td><td>傷病の経過及び
具体的処置の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>転院（入院）を必要とする具体的な理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">付添い人（医師・看護師）を必要とする理由</td></tr>
<tr><td colspan="5">以上のとおり移送の必要を認めます。

年　月　日
保険医療機関の
所在地及び名称

保 険 医 氏 名　　印</td></tr>
</table>