

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

(注意事項) この書類は、移送を必要とした場合に保険者へ提出することになっておりますので、至急に作成し、「速やかに提出するよう」に指示して下さい。
 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分の医師の欄に押し印をおなじ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入して下さい。

傷 病 名	
移 送 を 必 要 と す る 理 由 (症 状 、 そ の 他) 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い	
移 送 経 路 移 送 方 法 及 び 移 送 年 月 日	
上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 住 所 医 師 の 氏 名	