



## 移送に関する医師の意見書

移送を受けた者の氏名		傷病名	
初診年月日	令和 年 月 日	発病又は負傷の原因	
入院した場合の入院期間及び病院又は診療所の名称・所在地	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	病院又は診療所の名称・所在地		
移送の方法			
移送経路			
移送を必要と認めた理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     〔症状、その他具体的に記入してください〕                 </div>		
付添を必要と認めた理由			
上記に掲げる理由により、移送が必要であると認めます。 令和 年 月 日  <div style="text-align: center;">                     所在地                      医療機関の名称                      医師の氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>			