# 移 送 を 必 要 と す る 意 見 書

移送を受けるまたは移送を受けた者

氏 名

生年月日　(昭和･平成･令和)　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 傷 病 名 | |
| 発症または負傷年月日 | 年　　月　　日 |
| 移送年月日 | 年　　月　　日 |
| 移送元 | 所 在 地<br>名　　称 |
| 移送先医療機関 | 所 在 地<br>名　　称 |
| 移送方法･経路 | |

自宅から移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由

症状詳記欄

保険医療機関　　上記のとおり移送の必要を認めます。　　令和　　年　　月　　日

所 在 地

名 称

保 険 医

(医師への注意事項)

「自宅から移送を必要とする理由」または「転院せざるを得ない理由」および症状詳記欄については、出来るだけ詳しく記入して下さい。

**本書は保険医療機関および保険療養担当規則第6条による。**