

## 移送を必要とする医師の意見書

患者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
傷病名		負傷年月日	平成 年 月 日
傷病経過の概要			
移送経路 (移送区間)		距離	Km
移送方法			
移送年月日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	移送回数	回
移送を必要とする理由			
移送に要する費用	円		
<p>上記のとおり移送の必要を認めます</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">主治医氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>			

**【注意事項】**

1 傷病経過の概要欄に記入にあたっては、移送費の支給要否の判断に必要な事項を詳細に記入してください。