# 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 colspan="2">明･大･昭･平　年　月　日</td></tr>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="2"></td><td>発病又は<br>負傷の原因</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>移送年月日</td><td colspan="2">令和　年　月　日</td><td>発病又は<br>負傷年月日</td><td colspan="2">令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>移送区間<br>（医療機関名）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>移送方法</td><td colspan="5">1　寝台車　　2　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院した場合<br>(移送元医療機関)</td><td colspan="2">保険医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入院期間<br>（入院年月日）</td><td colspan="3">令和　年　月　日　～令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">移送を必要とする理由</td><td colspan="2">傷病の経過及び<br>具体的処置の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病の現症</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">転院(入院)が必要な緊急その他やむを得ない理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">付添い人（医師・看護士）を必要とする理由</td></tr>
<tr><td colspan="6">以上のとおり移送の必要を認めます。<br>令和　年　月　日<br>保険医療機関の<br>所在地及び名称<br>（電話番号）<br>保険医氏名</td></tr>
</table>