移送費申請用

|  |
| --- |
| 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日（該当する元号に☑） | 🞏　昭和 | 年　　　月　　　日 |
| 🞏　平成 |
| 🞏　令和 |
| 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。また、付添人が必要な場合は、人数とその　必要な理由を併記してください。 |  |
| 移送の方法区間・回数 |  |
| 移送年月日 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日 |
| 上記のとおり移送の必要を認めます。 | 令和　　年　　月　　日 |
| 医療機関の所在地 |
| 　医療機関の名称 |
| 　医師の氏名　電話　　　　　　　（　　　　　　） |
|  |