

移送に関する医師の意見書

移送を受けた方の氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		発病又は 負傷年月日	
傷病の原因			

移送年月日	年 月 日	移送方法	1 寝台車 2 その他()
移送経路			

移送を必要と認めた理由(該当するものに○をして、理由を記入してください)

<p>1 傷病名が自傷行為による場合には、精神疾患の症状及びその疾患による行為であることの見解。</p> <p>2 寝台車でなければならない医学的理由</p> <p>3 転院先の病院に入院せざるを得ない医学的理由</p> <p>4 転院先の病院を選択した具体的治療目的と医学的理由 (系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)</p> <p>5 自宅から入院した場合、患者の状態・治療目的</p> <p>6 傷病等の状況</p> <p>7 その他</p>	
---	--

付添人(医師・看護師)を必要と認めた医学的理由

--

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号 ()