

## 移送を必要とする医師の意見書

※ 医療機関にて独自様式があり、当健康保険組様式の内容を満たしていれば、それを利用していただいても構いません。

2. 1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）

|   |  |            |  |
|---|--|------------|--|
| ① 移送対象者名  | (フリガナ)<br>.....  | ②<br>生年月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成      年    月    日<br><input type="checkbox"/> 令和 |
| ③ 傷病名   |  | ④<br>初診年月日 | <input type="checkbox"/> 平成      年    月    日<br><input type="checkbox"/> 令和                                |
| ⑤ 移送期間  | 令和    年    月    日 から 令和    年    月    日 まで      日間  |            |  |
| ⑥ 移送経路  |  |            | ⑦ 移送回数      回  |
| ⑧ 利用交通機関  |  |            |  |
| ⑨ 移送(搬送)を必要とした理由  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病状、その他具体的に記入ください。</li> <li>・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。</li> </ul><br><div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> |            |  |
| <p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名称</p> <p>担当医師名</p> <p>電話番号</p> |  |            |  |