

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)		② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
③ 傷病名		④ 初診年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <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	・病状、その他具体的に記入ください。 ・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。		
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 担当医師名 電話番号			