

### 移送を必要とする意見書

患者の氏名・住所	氏名	
	住所	
傷病名		
移送を必要と認めた理由		
付き添いを必要と認めた理由 (付き添いがあった場合)		
診断年月日	令和	年 月 日
移送経路 (移送区間)		
移送方法		
移送年月日	令和	年 月 日
備考		

上記のとおり移送が必要であることを認めます。

令和 年 月 日

医療機関の所在地および名称

---

医師または歯科医師の氏名

印

---