

(移送料申請書の添付書類)

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

療養者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		初診年月日	年 月 日
傷病経過の概要 (局所・所見)			
移送を必要とする理由 〔医学的に詳しく記入のこと〕			
転移先の指定病院			
移送の方法 区間・回数			
備考			
上の理由で移送の必要を認めます。 年 月 日 住 所 医療機関名 担当医師名			