

移送または骨髄等搬送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

被保険者証の 記号・番号				被保険者氏名	
患者の 氏名・性別		男 女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名					
移送または 骨髄等搬送を 必要と認めた 理由 〔症状、その他 具体的に記入 してください。〕					
入院した 医療機関の 所在地・名称					
移送または 骨髄等搬送の 経路及び方法					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>医師又は歯科医師の 氏名 (印)</p> <p>電話</p>					