



# 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					
上記のとおり相違ありません。  令和 年 月 日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">医療機関</div> <div style="width: 20%;">所在地</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"></div> <div style="width: 20%;">名称</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">医師又は歯科医師の</div> <div style="width: 20%;">氏名</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"></div> <div style="width: 20%;">電話</div> </div>					