

※ 意見書の記入は原則として、転院元または在宅医療を行った医療機関で記入して下さい。

医療機関が記入

移送に関する医師の意見書

被保険者証 の記号番号	野国	移送を受 けた被保 険者氏名		性別	男・女
住 所	野辺地町字	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
移 送 年 月 日	発病又は負傷年月日	傷病名及びその原因			
年 月 日	年 月 日				
移 送 経 路					
移 送 方 法					

移送を必要と認めた理由

- 1 傷病名が自傷行為による場合には、精神疾患の症状及びその疾患による行為であることの意見
- 2 寝台車でなければならない医学的理由
- 3 転院先の病院に入院せざるを得ない医学的理由
- 4 転院先の病院を選択した具体的治療目的と医学的理由
(系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)
- 5 自宅から入院した場合、患者の状態・治療目的
- 6 傷病等の状況

付添人(医師・看護師)を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名

電話番号 ()