

※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ください。

移送に関する医師の意見書

被保険者証 記号番号	奈13-	移送を受けた 方の氏名		性別	男・女
住 所	平群町	生 年 月 日		年 月 日	
傷病名及び その原因		発病又は 負傷年月日		年 月 日	
移送方法		移送年月日		年 月 日	
移送経路					

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見解
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その医学的理由
(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

()