

移送を必要とする医師の意見書

患者氏名	
傷病名	
移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入してください)	
移送の方法	
移送の区間・経路	
上記のとおり移送の必要を認めます。	
令和 年 月 日	
所在地	
医療機関名	
医師氏名	