

※下記の欄については必ず医師に証明をもらってください

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	移 送 を 必 要 と す る 意 見 書	
	対 象 者 名	
	傷 病 名	
	傷 病 経 過 の 概 要	
	移 送 経 路 及 び 移 送 方 法	
	移 送 年 月 日 及 び 回 数	令 和 年 月 日 か ら (回) 令 和 年 月 日 ま で 回
	移 送 に 要 す る 費 用 額	
	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由	
	付 添 を 必 要 と 認 め た 理 由	
上 記 の と お り 移 送 の 必 要 を 認 め ま す。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 電 話 番 号 医 師 の 氏 名		

(医師への注意事項)

1. 傷病経過の概要欄の記入にあつては、移送料の支給要否の判断に必要な事項を詳細に記入してください。
2. 移送経路及び移送方法欄については、移送区間、距離、方法等詳細に記入してください。