

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書	
患者氏名	
生年月日 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
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。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。]	
移送の方法 区間・回数	
移送年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()	