

移送を必要とする医師の意見書			
患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷病名			
発病・負傷年月日			
傷病の原因			
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。 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			
移送経路			
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。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 () -			