移送に関する医師の意見書

被保険者番号		
移送を受けた者	氏　　名	
	生年月日	
	住　　所	
傷病名及びその原因		
発病又は負傷年月日		

移送年月日		移送方法	
移送経路			

1．移送当時の患者の症状からみて、移送が必要だと判断した理由（具体的に）
2．移送先に「　　」を選定された理由
3．緊急性（※）の有無　　（　有　・　無　）
4．緊急車両を使用しなかった理由
5．付添人（医師・看護師）を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、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　（　　）　　－

※緊急性のある事例…①負傷した患者が災害現場等から緊急に移送された　②離島等で重篤な疾病にかかり、付近の医療施設では対応が困難である　③設備等の不十分により診療が行えず、緊急に転院した　等