

要 移 送 意 見 書

受診者氏名 (生年月日)	(年 月 日)	保険証 番号	
傷 病 名	1. 2.	発病又は 負傷の日	年 月 日
移 送 経 路			
移 送 方 法			
移 送 年 月 日	年 月 日		
移送を必要と 認めた理由	① 移送を必要と認めた理由 1. 病状が重篤なため 2. その他（詳細に記入してください） ② 付き添いがあったときは、その付き添いを必要と認めた理由		
備 考			
上記のとおり移送の必要を認めます。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 砥部町長 殿 保険医療機関の 所在地及び名称 担 当 医 師 名 ㊟ </div>			