

# 医師又は歯科医師の意見書

被保険者名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
傷病名						
移送を必要と認めた理由（付添があったときは、併せてその付添を認めた理由） ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....						
移送経路 ..... ..... ..... .....						
移送方法 ..... ..... ..... .....						
移送年月日	平成	年	月	日		
診断年月日	平成	年	月	日		
〒 (      —      ) 保険医療機関の  住所及び名称 _____  これを証する医師 又は歯科医師の氏名 _____						
						(印)