Ver. 2019.05

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 令和　　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	年　　月　　日

診断年月日　　年　　月　　日

〒（　　ー　　）

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　　㊞