

| | | | | | |
|---------------|---------------------|----------------|--|----|-------|
| 石垣市 国民健康保険 | 移送に関する医師の意見書 | | | | |
| 被保険者証 記号番号 | 垣国 | 移送を受け た者の氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 石垣市 | 生年月日 | | 年 | 月 日 |
| 傷 病 名 | | 発病又は 負傷年月日 | | 年 | 月 日 |

| | | | |
|-------|-------|------|--|
| 移送年月日 | 年 月 日 | 移送方法 | |
| 移送経路 | | | |

移送を必要と認めた理由

移送先の病院に入院せざるを得ない医学的理由

移送先の病院を選択した具体的治療目的と医学的理由

(系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)

自宅から入院した場合、患者の状態・治療目的

傷病の経過及び具体的処置の概要

付添人(医師・看護師)を必要と認めた理由

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

印 電話番号