

意見書									
記号・番号				—					
氏名									
生年月日	年 月 日								
傷病名及び発病年月日 (負傷年月日)									
		年 月 日							
移送を必要とする医師 又は歯科医師の意見	移送区間	～ (km)							
	移送方法				移送年月日	年 月 日			
	移送回数	回			費用見積額	円			
	付添人を必要とした理由 入院治療又は転医の理由（転医については、転医先を決めた理由も記入願います。）								
年 月 日 診断									
医療機関の所在地									
医療機関の名称									
医師又は歯科医師名									