

# 移送を必要とする意見書

患者名		被保険者 証番号	
傷病名		発病又は負傷 年 月 日	年 月 日
移送年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日
移送区間	から まで		
移送方法	1 寝台車両    2 その他	移送回数	回

移送を必要とする理由	傷病の経過及び具体的処置の内容	
	傷病の現状及び処置の内容	
	救急的措置の有無	有 ・ 無 措置を行った場合は下記に処置日を記入してください。 人工呼吸 (    /    )    酸素吸入 (    /    ) 強心剤注射 (    /    )    呼吸強盛剤注射 (    /    ) 輸血 (    /    )    補液 (    /    ) その他の処置 (    /    ) (    /    )
	転院する場合の具体的目	

体温等の状況

(呼吸) (青) (体温) (で記入) (赤) (脈拍) (ください) (黒)	月 日																														
	呼吸	脈拍	体温																												
80	160	41																													
70	140	40																													
60	120	39																													
50	100	38																													
40	80	37																													
30	60	36																													

費用見積額	円
-------	---

上記の理由で移送の必要を認めます。

年 月 日

保険医療機関名

所在地

開設者氏名

保険医氏名

電話 (    )

※送り出した側の医療機関の医師が記入してください。