

## 移送を必要とする医師の意見書

療養者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		発病(負傷) 年月日	年 月 日
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、併せて付添いを必要と認めた理由) 救急車を利用できない理由も併せてご記入ください。			
移送年月日	年 月 日		
移送の方法			
移送の経路			
上記の理由により、移送することが必要であったと認めます。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話 ( )			
医師名			
印			

### [注意事項]

- 「移送を必要と認めた理由」欄は、2に記載した状況がわかるように具体的に記入してもらってください。
- 支給対象は、症状が重篤で移動困難な患者であり、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合等です。

記入例

移送を必要とする医師の意見書

療養者氏名	共済 太一	生年月日	年 月 日
傷病名	くも膜下出血	発病(負傷)年月日	年 月 日
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		

生年月日を記入

傷病の発生した日を記入

入院した期間を記入

移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、併せて付添いを必要と認めた理由)救急車を利用できない理由も併せてご記入ください。

それぞれの事案の要件が複雑なため、①困難性②必要性③緊急性に加えて、公的救急車等が利用できなかった理由が正当であるか否かも確認します。

医師が証明書を記載すれば必ず支給されるものではありませんので、事前に内容をご相談ください。

移送年月日	年 月 日
移送の方法	寝台車
移送の経路	〇〇診療所から都立〇〇病院

移送した日を記入

上記の理由により、移送することが必要であったと認めます。

年 月 日

証明年月日を記入

医療機関名

〇〇診療所

所在地

〇〇市〇〇〇3-5-1

電話

012(1235)5678

医師名

〇〇 〇〇〇

印 印

[注意事項]

- 「移送を必要と認めた理由」欄は、2に記載した状況がわかるように具体的に記入してもらってください。
- 支給対象は、症状が重篤で移動困難な患者であり、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合等です。