医師が証明する欄

患者氏名				
傷 病 名 ①		傷 病 名 ②		
移 送 年 月 日	平成・令和　　年　　月　　日			
移送を必要とする理由	（症状、その他具体的に記入して下さい。）			
付添を必要と認めた理由				
入院した場合の入院期間	平成・令和　　年　　月　　日　から　平成・令和　　年　　月　　日			
移送先の医療機関名称				
移送経路および方法				

上記のとおり相違ありません

令和　　年　　月　　日

医療機関

所在地

名　称

医師氏名

電話番号　　（　　）