

移送・輸血を必要とする意見書

医師等の記入欄	移送を受ける又は輸血を必要とする被保険者		被保険者証 記号番号		31 - -		生年月日		年 月 日			
			氏名						性別		男 ・ 女	
	傷病名							発病又は負傷年月日		年 月 日		
	移送前の医療機関 入退院年月日		機関名				移送先・輸血した医療機関		機関名			
			入院		年 月 日				移送・輸血年月日		年 月 日	
			退院		年 月 日		輸血量		CC			
	移送方法							費用(見積)額				
	移送区間 (片道・往復)		自宅・()病院・医院から ()病院・医院まで									
	自宅から移送を必要とする理由 又は 転移せざるを得ない理由 ・ 輸血を必要とする理由											
	症状詳記欄											

上記の理由で移送・輸血の必要を認めます。

年 月 日

医師又は歯科医師

病院又は診療所
所在地

氏名