

移送を必要と認める医師の意見書

患者氏名 昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	移送日 年 月 日
		診療開始日 年 月 日
傷病名	移送方法	
移送区間 医療機関名 所在地 ～ 医療機関名 所在地 まで		
診療 所見 及び 必要 と認 める 理由	傷病の経過・治療内容、緊急その他やむを得なかった事情について、くわしく記入してください。	
上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日		
(提出先) 大阪市長 病院又は 診療所 所在地 名称 医師 氏名 電話 — —		

(大阪市国民健康保険用)

注 領収書を添付のうえ提出してください。