

移送証明書

患者氏名		男・女	昭・平	年	月	日生			
住 所	鹿児島県大島郡与論町大字								
傷病名及び原因		発 生 年月日	平成	.	.	.			
診 察 日	平成	.	.	.	移 送 日	平成	.	.	.
移送区間									
移送方法									
付 添 人 氏 名		続 柄							
		続 柄							
移送先病院名									
看護又は移送を必要と認める理由又は必要と認めた理由									
現在の状態	平成	年	月	日	現在	良好・他()			
平成 年 月 日 住 所 医 師 ⑩									