

## 主治医意見書

下記患者の治療に関し専門的な検査が必要であるが、〇〇病院ではその検査に必要な器具を有していないため、××病院での検査が必要である。

患者氏名

生年月日

患者住所

令和 年 月 日

医療機関名 〇〇病院

医療機関住所  
電話番号

医師名

(自署又は記名押印)