　　　　　　 　　＜ 主治医意見書記載例　病院追加の場合　＞

　　 　　　 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，○○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 　　 ○○病院

医療機関住所

電話番号

医師名

（自署又は記名押印）