＜ 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）