

# 医療事故調査カード

\* のところは記入しないで下さい。

\* No. \_\_\_\_\_

\* カード受領日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 来所日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* AM / PM \_\_\_\_\_ :

※下記項目全てご記入下さい

<b>【相談者】</b> (患者との関係: _____ )		
氏名	ふりがな	男・女
		同居人 _____ 名
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	
※患者本人の場合: 被害に遭った当時 ( _____ 歳)		
現住所	ふりがな	
	都道 _____ 区市 _____ 府県 _____ 郡 _____	
携帯 _____		
自宅 _____		
FAX _____		
(メールアドレス) _____		
P C _____ @ _____		
携帯 _____ @ _____		
勤め人・主婦・無職・自営業・会社役員	正社員・バイト・派遣社員	年金受給 無・有 隔月 _____ 万
勤続年数 _____ 年 _____ ヶ月	職種 _____	税込年収 _____ 万 手取年収 _____ 万
<b>【患者】 ※相談者と同一の場合は記入不要</b>		
氏名	ふりがな	男・女
		同居人 _____ 名
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	
※被害に遭った当時 ( _____ 歳)		
現住所	ふりがな	
	都道 _____ 区市 _____ 府県 _____ 郡 _____	
携帯 _____		
自宅 _____		
FAX _____		
(メールアドレス) _____		
P C _____ @ _____		
携帯 _____ @ _____		
勤め人・主婦・無職・自営業・会社役員	正社員・バイト・派遣社員	年金受給 無・有 隔月 _____ 万
勤続年数 _____ 年 _____ ヶ月	職種 _____	税込年収 _____ 万 手取年収 _____ 万

ケガ・病名			
①	病院名	病院	科 担当 医師
	所在地	都・道・府・県	市・区・町・村
②	病院名	病院	科 担当 医師
	所在地	都・道・府・県	市・区・町・村

※以下、該当項目の口に✓を入れて下さい。

項目：診断ミス ・ 検査ミス ・ 手術の失敗 ・ 全身管理の不全 ・ 投薬量の間違い  
薬の副作用 ・ 看護ミス ・ 他( )

治療・手術日： 年 月 日

通院期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)

結果： 死亡 ・ 後遺症( ) ・ 損害無し

医師からの説明の有無 有 ・ 無 治療費： 万 休業日数： ヶ月

他の弁護士に相談： 有 ・  無

相談時期：平成 年 月 現在依頼中 ( 法律事務所 弁護士名 )

・緊急性  急ぐ ・  急がない ・  どちらでもよい

<相談希望日時>※医療事故調査カード発送日から10日以降の日(月～金の10:00～17:00)をご指定下さい。

・第1候補日 年 月 日 AM / PM :

・第2候補日 年 月 日 AM / PM :

・第3候補日 年 月 日 AM / PM :

※以下、該当事項に○をし、下線部にご記入下さい。

### 1. 医療被害にあったのは

(1)私自身です。 (2)私の子(胎児を含む)です。 (3)私の(妻・夫)です。

(4)私の(親・義親)です。 (5)私の兄弟姉妹です。 (6)私の( )です。

その方のお名前は、\_\_\_\_\_ 男 ・ 女

被害に遭われた当時 \_\_\_\_\_ 歳 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 今回の被害をうけられる以前に、被害者本人は大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか。 はい・いいえ

○もしあれば具体的にご記入ください(他の医療機関も含めて)。

病名: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_

○当時、他に具合の悪いところがありましたか。

-----  
-----  
-----

3. 被害者本人は、薬や食べ物でじんましん(またはアレルギー)が出たことがありますか。 はい・いいえ

○もしあれば具体的にご記入ください

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

4. 被害にあった結果、現在は

(1)死亡しました。( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日死亡)

死因: \_\_\_\_\_

解剖は(しました・していません)

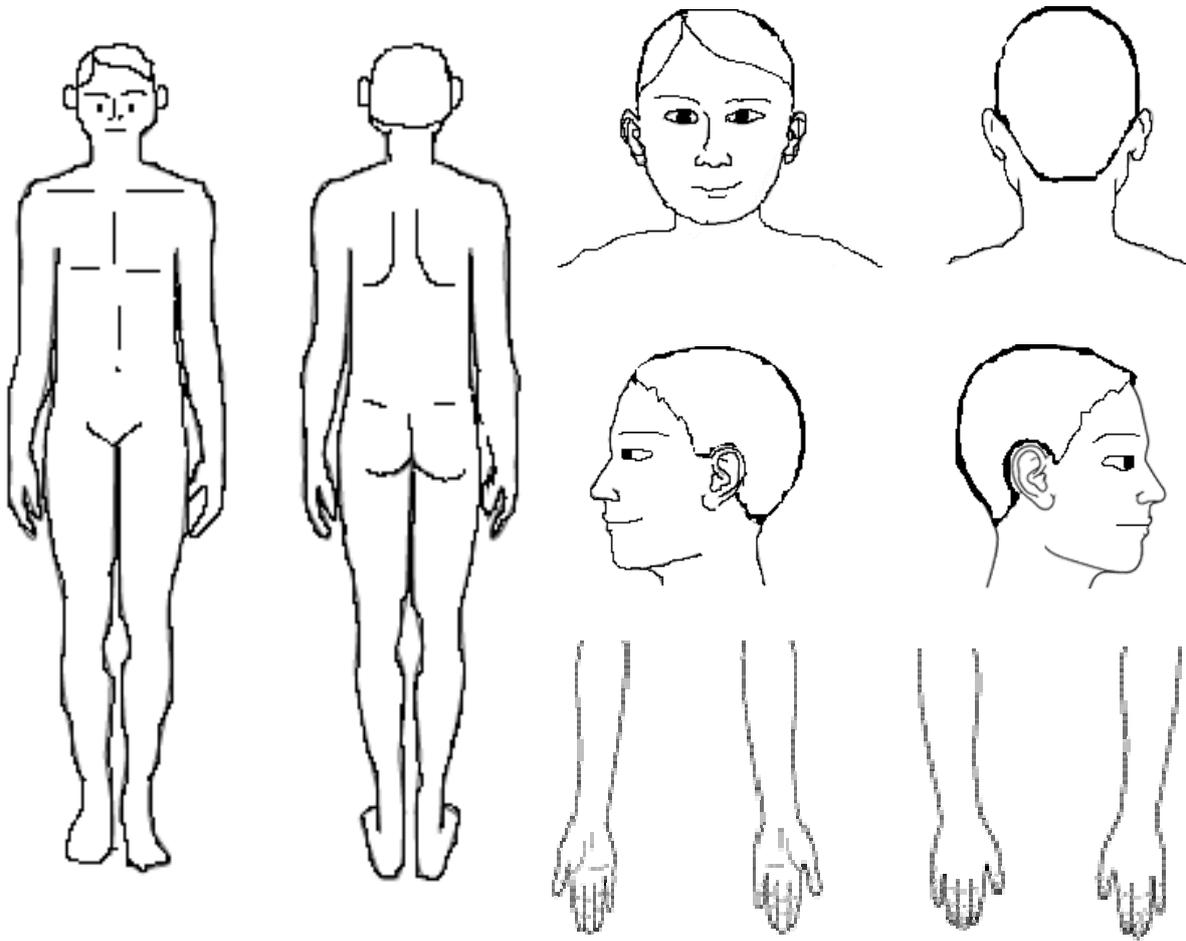
解剖の日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

解剖の場所: \_\_\_\_\_

解剖結果の記録(剖検録)を(もらいました・もらっていません)。

(2) 植物状態・寝たきり・半身麻痺・意識障害 があります。

(3) 次のような傷害が残っています。



①失明・視野狭窄・視力低下・複視 ②耳が聞こえない・聴力低下

③腕・足・腰などの運動機能に障害 ④歯または口の中・喉の異常

⑤身体の一部にくぼみがあるなどの外形的異常

⑥患部(部分: \_\_\_\_\_)が痛い

⑦その他: \_\_\_\_\_

(4) 現在なお通院中です。月 \_\_\_\_\_ 回くらい(通院先: \_\_\_\_\_)

(5) 現在なお入院中です。入院先: \_\_\_\_\_

(6) 現在はなんとかよくなりました。

5. そのようになったのは、およそいつ頃のことですか。\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃

6. そのような状況にしたと思われる医療機関(病院)は:

(所在地)\_\_\_\_\_

(医療機関名称)\_\_\_\_\_

(主治医・担当医・医師)\_\_\_\_\_

7. 当初、身体の何を診てもらったためにその医療機関で受診されたのですか。

(受診理由)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

8. それはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃

9. どうしてその医療機関にかかることになったのですか。

(例)家から近くて便利だった、評判が良かった、〇〇から勧められたなど

-----  
-----  
-----  
-----

10. 診断の結果、その診断はどうでしたか。

(1)診断病名:\_\_\_\_\_







15. そのように思われるのはなぜですか。

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

16. あなたは現在、次のうち何を持っていますか(該当項目の□に✓を入れて下さい)。

- カルテの写し   レセプトの写し   診断書   死亡診断書   解剖記録   母子手帳  
診察券   保険証   医師・医療機関からの手紙   投薬証明書   処方された薬または薬の袋  
身障者手帳・愛護手帳   入院診療計画書   手術・検査同意書   紹介状・診療情報提供書  
薬剤説明書・処方箋  
当時の家計簿( )  
その他( )

17. あなたは相手方の医師または医療機関と交渉したことがありますか。もしあれば、いつ、どのような話をされましたか。

平成      年      月      日      立会人

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

18. あなたはこの問題をどのように解決したいと思われていますか。

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

19. あなたのご家族の方は、今回の件についてどのように話されていますか。

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

20. あなたとあなたのご家族についてご記入ください。

お名前・(被害者の方との続柄)	ご生年月日	ご職業
( )		
( )		
( )		
( )		
( )		

21. 相談にいらっしゃる(来所)予定人数をお教えてください。

\_\_\_\_\_人