

医療事故 調査カード

産科医療LABO

1 ご相談者様

記入日 年 月 日

| | | | | |
|--------|--|----|---|---|
| フリガナ | | 年齢 | | 歳 |
| 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | | 職業 | | |
| 患者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄： <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（ | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| TEL | - | - | | |
| FAX | - | - | | |
| メール | | | | |

2 患者様

| | | | | |
|------|---|--------|---|---|
| フリガナ | | 事故時の年齢 | | 歳 |
| 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | | 職業 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |

3 医療機関（複数ある場合は主な医療機関を下欄に書き、その他があれば別紙に記載してください）

| | |
|------|---|
| 名称 | |
| 所在地 | 〒 |
| 診療科 | |
| 担当医師 | |

4 診療期間（上記医療機関について）

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 診断名 | | | | | | | | | | |
| 初診日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 入院 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | | |
| 通院 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | | |

5 受診の理由（上記医療機関について、病名、症状、紹介者など）

6 被害の内容（障害・症状・死亡・その他）

| | | | | | |
|--------------------------|-----|-------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 障害 | 障害の内容 | | | |
| | | 障害発生日 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | 死亡 | 死亡原因 | | | |
| | | 死亡日 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | その他 | | | | |

障害の場合、現在残っている障害の箇所と症状をわかる範囲で具体的に記載してください。

7 手持ち資料（お手持ちの資料にチェックを入れてください）

| | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> カルテ写し | <input type="checkbox"/> レセプト(診療報酬請求書)写し | <input type="checkbox"/> 診断書 | <input type="checkbox"/> 死亡診断書 |
| <input type="checkbox"/> 検査結果票() | | | |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> その他画像データ () | |
| <input type="checkbox"/> 解剖記録 | <input type="checkbox"/> 院内事故調査報告書 | <input type="checkbox"/> 産科医療保障制度の報告書 | <input type="checkbox"/> 母子手帳 |
| <input type="checkbox"/> 診察券 | <input type="checkbox"/> 領収書 | <input type="checkbox"/> 日記・メモ | <input type="checkbox"/> その他() |

9 その他

| | | | | | | |
|-----|-------------------------------|------|--|--|---|-----------------------------|
| 診療費 | 支払金額 | | | | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 自費 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 健康保険 | 組合名(| | |) | <input type="checkbox"/> 本人 |

| | | | |
|--------|----------------------------|-----|--|
| 病気や手術歴 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | 時期 | |
| | | 疾患名 | |

被害発生の原因はどこにあると考えますか？その理由は？

| | | | |
|-----------|----------------------------|-----|--|
| 相手方との話し合い | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | 時期 | |
| | | 相手方 | |

被害発生について相手方の医療機関や医師から受けた説明

| | | | |
|--------|----------------------------|---------|----------------------------|
| 医療事故調査 | <input type="checkbox"/> 無 | 医療事故報告書 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 有 | | <input type="checkbox"/> 有 |

| | | | |
|--------|----------------------------|-------|--|
| 他機関の受診 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | 病院名 | |
| | | 医師の説明 | |

| | | | |
|-----------|----------------------------|------|--|
| 他法律事務所の相談 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | 事務所名 | |
| | | 回答要旨 | |

契約 無 有

当事務所を知った経緯

その他