

医療事故 調査カード

産科医療研究ネット

1 ご相談者様

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢		歳
氏 名		性別	☐ 男 ☐ 女	
		職業		
患者との関係	☐ 本人 ☐ 家族（続柄:) ☐ 法定相続人 ☐ 成年後見人 ☐ 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	☐ 男 ☐ 女	
生年月日		年	月	日
		職業		

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

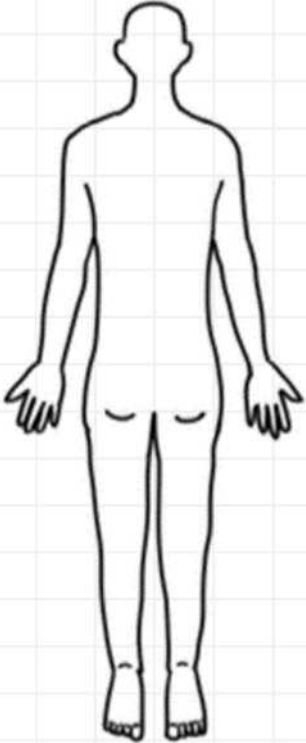
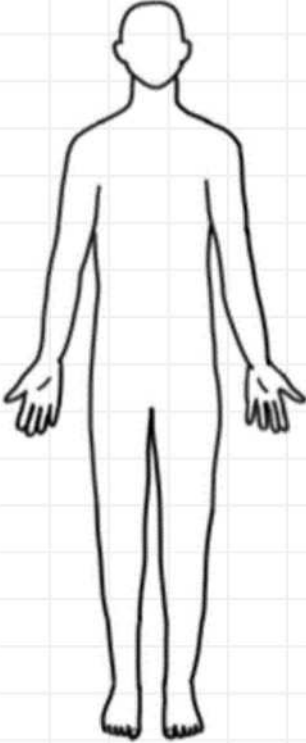
5 受診の理由（上記医療機関について、病名、症状、紹介者など）

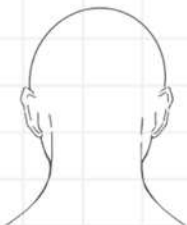
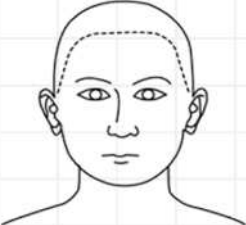
--

6 被害の内容（障害・症状・死亡・その他）

☐	障害	障害の内容			
		障害発生日	年	月	日
☐	死亡	死亡原因			
		死亡日	年	月	日
☐	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）

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

8 診療の主な経過・内容（時系列でご記入ください。用紙が不足の場合別紙に記載してください。）

[illegible]

[illegible]

9 その他

診療費	支払金額				円
	☐ 自費				
	☐ 健康保険	組合名(			)

病気や 手術歴	☐ 無			
	☐ 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	☐ 無			
	☐ 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	☐ 無	医療事故 報告書	☐ 無
	☐ 有		☐ 有

他機関 の受診	☐ 無		
	☐ 有	病院名	
		医師の 説明	

相談機関 の利用	☐ 無		
	☐ 有	機関名	
		回答 要旨	

当事務所を知った経緯

--	--

その他

--	--