

医療事故 調査カード

1 ご相談者様 (年 月 日 ご記入)

フリガナ		年 齢	歳
氏 名		性 別	男 ・ 女
		職 業	
患者との関係	患者本人 / 患者の 家族・法定相続人・成年後見人・ ()		
住 所	〒		
TEL	- -		
FAX	- -		
メール			

2 患者様

フリガナ		年 齢	歳
氏 名		性 別	男 ・ 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)

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)

--

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。）

年月日	診療の主な経過・内容

年月日	診療の主な経過・内容

9 その他

診療費	支払金額			
	<input type="checkbox"/>	自費		
	<input type="checkbox"/>	健康保険	組合名	本人・家族

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	年 月 日
			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
	<input type="checkbox"/>	有

事故調査 報告書	<input type="checkbox"/>	無
	<input type="checkbox"/>	有

他機関 の受診	<input type="checkbox"/>	無
	<input type="checkbox"/>	有

相談機関 の利用	<input type="checkbox"/>	無
	<input type="checkbox"/>	有

当事務所を知った経緯

その他

個人情報の取扱いについては当事務所ホームページで必ずご確認ください。
<https://www.iryuu-tominagaai-law.com/>