医療事故相談申込書（松戸医療事故フォーラム）

下記事項について、わかる範囲でご記入下さい。

1　**相談者（　　年　　月　　日記入）**

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	職業	歳 男　・　女
患者との関係　　患者本人　，　患者の		
住　所　〒		
電話　　－　　－　　FAX　　－　　－		
連絡先　〒		
電話　　－　　－　　FAX　　－　　－		

2　**患　者**

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	職業	歳 男　・　女
生年月日　　年　　月　　日		

3　**医療事故の原因と考えられる医療機関**

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**（病名、症状、紹介者など）

6　**診療の主な経過・内容・被害の内容**（時間の経過に従って年表風に、不足の場合は別紙に）
（診断、検査、治療、投薬、手術などの主なもの）

年　月　日	診療の主な経過・内容・被害の内容等

７　手持ち資料（以下のうち、お持ちのものに〇印を）

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（　　）　　写真（Ｘ線、　　）

解剖記録　　事故調査報告書　　母子手帳　　診察券　　領収書　　日記・メモ

その他（　　）

８　事故発生後の事情等

(1)　医療事故発生の原因は何だと思いますか。

(2)　被害の発生後に相手方の医療機関や医師と話し合いをしたことがありますか。

・無　　・有（　　年　　月　　日　相手方　　）

(3)　被害の発生について相手方の医療機関や医師からどのように説明を受けましたか。

(4)　被害について他の医療機関で受診しましたか。

・無　　・有（名称　　）

（医師の説明　　）

(5)　この件で他の相談機関などを利用したことがありますか。

・無　　・有（名称　　）

（回答内容　　）

９　その他

(6)　これまで大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

・無　　・有（時期・疾患名等　　）

(7)　松戸医療事故フォーラムをどのような方法で知りましたか。

・ホームページ　　・（　　）の紹介　　・その他

(8)　その他、特に何かありましたら、お書き下さい。