

山口医院 ステロイド被害相談票

神奈川医療問題弁護団 宛
FAX 045-641-2845

記入日

年 月 日

相談者氏名(匿名可)						
患者との関係	本人	家族()	その他()			
患者の年代	0~10代	20代	30代	40代	50代	60代~
住所(市町村まで可)						
電話(連絡必要な場合)						

初診日						
初診時の症状	アトピー等の治療期間: 年 月頃から					
どんなきっかけで山口 医院を受診したのか						
受診当初ステロイド使 用の有無についての説	なし	あり	カルテ入手の有無	入手済み	未入手	
説明資料で残っているもの	なし	あり ()				
通院期間	年 月 日~		年 月 日			
山口医院への 現在の通院	なし	あり (通院中)	他院への現在の通院	なし	あり	
処方された 薬, 時期	漢方クリーム (塗布箇所)	1番	2番	その他()		頃~ 頃
		顔面	腕	体幹	脚	その他()
	漢方内服					頃~ 頃
	シャンプー					頃~ 頃
薬剤の残り	なし	あり	薬剤使用の継続	なし	あり	
薬剤返還の有無	返還済み	未返還	国民生活センターの調査	調査済み	未調査	
現在の副作用	なし	あり	副作用発生の時期	使用中	中止後	
副作用の状況 (該当するすべてに○)	発疹 蕁麻疹 紅斑 紫斑 皮下出血 皮膚萎縮 かゆみ 痛み 皮膚感染症 その他皮膚症状() 高脂血症 高血圧 精神障害 副腎不全 月経異常 多尿 緑内障 白内障 満月様顔貌 骨粗鬆症 糖尿病 消化性潰瘍 その他の症状()					
山口医院からの個別説明	なし	あり	説明会への参加	なし	あり	
説明の内容						
希望する今後の方向	<input type="checkbox"/> 弁護団に依頼して民事責任を問いたい <input type="checkbox"/> 弁護士に依頼してその他の手続きを取りたい(刑事, 行政) <input type="checkbox"/> 今後どのような手続きが取れるのか知りたい <input type="checkbox"/> 今後の治療についての情報が知りたい <input type="checkbox"/> その他()					

※ご回答ありがとうございました。今後の弁護団の方針は、近日中にホームページで公表する予定です。