

医療過誤相談カード

<ダウンロード版>

* No _____

*受付 _____年 _____月 _____日

*担当弁護士 _____

1 医療被害にあったのは

- イ 私自身です ロ 私の子（胎児を含む） ハ 私の妻です
ニ 私の夫です ホ 私の親です ヘ 私の兄弟姉妹です

フリガナ

（その人の氏名は _____ 男・女 当時 _____ 才）

住所は、私と同じ・私と違って _____ です。

フリガナ

2 私の氏名は _____ 男・女 年齢 _____ 才 生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 私の住所は 〒 _____

どちらかマルをしてください

4 私の電話番号は 〈市外局番 _____〉 _____ 局 _____ 番（FAXと同じ・FAXなし）

5 上記以外の連絡先は、 _____

電話番号は 〈市外局番 _____〉 _____ 局 _____ 番

6 私の仕事は、勤め先は、具体的には _____ です。

相談日として都合の悪い日、時間は _____ です。

7 被害にあって現在は

具体的には、以下のとおりです。

- イ 死亡しました
死因については _____
といわれています。
- ロ 失明、視野狭窄、または視力が著しく低下してしまいました。
- ハ 寝たきり、半身麻痺、または、めまいがひどいとか意識に障害があります。
- ニ 耳が聞こえません。聞こえにくくなりました。
- ホ 腕、腰、足などの運動機能に障害があります。
- ヘ 歯または口の中、あごに異常があります。
- ト 身体の一部にくぼみがあるなど、外形的に異常があります。
- チ 患部（ _____ ）がひどく痛んでおります。
- リ その他

ヌ 現在はなんとか良くなりました。

8 そのようになったのは、大体いつ頃のことですか。

年 月 日

9 そのような状況にしたと思われる医療機関は？

所在地_____

名 称_____

主治医_____

その他関係する医療機関は？

所在地_____

名 称_____

主治医_____

10 身体の何を診てもらったために、その医院にかかったのですか。

11 それ以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか（他の医院も含めて）。
当時、他にも具合の悪いところがありましたか。

12 診てもらって、どういう診断だったのですか。

13 いつ、どのような治療を受けましたか。

いつ、どのような薬を、どのように飲みましたか。

いつ、どのような注射を、どこに射たれましたか。

いつ、どのような手術を受けましたか。

14 その処置を受けて（身体の具合）はどうになりましたか。

15 そのようになったことについて、担当医師なり、他の医師はどう説明しましたか。

他の医師とは

16 あなたは、被害発生の原因がどこにあると感じておられますか。

17 そう感じられるのはなぜですか。

18 あなたは次のうち何を持っていますか。

- | | |
|-----------|-----------|
| イ カルテの写し | ロ レセプトの写し |
| ハ 診断書 | ニ 死亡診断書 |
| ホ 解剖記録 | ヘ 母子手帳 |
| ト 診察券 | チ 保険証 |
| リ 医師からの手紙 | ヌ 投薬証明書 |
| ル その他 | |

19 あなたは、相手医師と交渉したことがありますか。
(それは何時で、どのようになりましたか)

20 あなたは、この問題をどのように解決したいと思っていますか。

21 あなたの親族やお知合いに、協力して頂ける医師や医療従事者はいますか。

22 あなた以外の家族について記入して下さい。

続柄	氏名	生年月日	備考