

医療過誤相談カード

<ダウンロード版>

*は弁護士使用欄

*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・平 _____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、 _____ (FAXと同じ・FAXなし)

5 上記以外の連絡先は、 _____

その連絡先電話番号は _____

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、

- 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。

具体的には、以下のとおりです。

上記個人情報、医療過誤相談・事件処理等のための情報管理・利用並びに書面等の発送及び連絡を目的として取得しております。
上記個人情報は、上記利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用いたします。
内容に訂正等がございましたら、神奈川医療問題弁護団宛にご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

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 頃

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 _____

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 診てもらって、どういう診断だったのですか。

12 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。

13 その処置を受けて（身体の具合）はどうになりましたか。

14 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

その他関係する医療機関は？

所在地 _____

名 称 _____

主治医 _____

※ 左欄に書ききれないことなどございましたら、

以下にお書きください

15 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。

16 そう感じられるのはなぜですか。

17 今回の医療被害以前に、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。

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 (死亡事故の場合)医療事故調査制度の事故報告を行ったかについての説明は病院から受けていますか。

21 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。

22 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。

23 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

※ 左欄に書ききれないことなどございましたら、
以下にお書きください

上記個人情報、医療過誤相談・事件処理等のための情報管理・利用並びに書面等の発送及び連絡を目的として取得しております。
上記個人情報は、上記利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用いたします。
内容に訂正等がございましたら、神奈川医療問題弁護団宛にご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

※ このページはご返送不要です。※

神奈川県医療問題弁護団に相談を申し込まれる方へ

**弁護団事務所は、相談カード発送等の事務手続きのみ行なっております。
直接御来所いただいても、弁護士とご相談いただくことはできません。
受付もすべて、電話か郵便にて承ります。御来所は御遠慮下さい。**

・ 神奈川県医療問題弁護団とは

医療事故の被害者が泣き寝入りせざるを得ないことが多い状況を打破するため、医療事故被害者の被害回復と医療改善をめざして、1980年7月に結成された弁護団です。

神奈川県弁護士会に所属する弁護士有志で構成される任意団体であり、公的機関ではありません。

・ ご相談の申込

別紙「**相談カード**」に、起こったことの概要をご記入いただき、ご返送願います。

このカードを弁護団会議で協議検討したうえで担当弁護士を決め、担当弁護士からご連絡を差し上げます。面談・ご相談は、担当弁護士とおこなっていただくことになります。

・ ご相談を受け付けられない場合

ご相談を受け付けられないのは、下記のような場合です。

- ・ 「相談カード」への記入が不十分なとき
- ・ 内容が医療事故ではないとき
- ・ 明らかに事件とすることが困難であるとき
- ・ 以前当弁護団を通じて相談したことがある場合
- ・ **法テラスの利用**を絶対の条件とする場合

……など

また、遠隔地の事案の場合には、ご相談・ご依頼を受けられない場合もありますのでご了承ください。ご相談をお断りする場合には、当弁護団から、その旨ご連絡いたします。

・ 担当弁護士の決定

月1回開かれる弁護団会議で相談カードの内容をもとに、当弁護団で相談を受けることができるかどうか判断します。その上で、弁護士の経験や地域などを考慮して担当弁護士を決定します。原則として2名で、指名はできません。

月1回の会議を経て担当弁護士を決めることに加え、担当弁護士の不都合により再度担当弁護士を決め直すことも少なくありません。このため、「**相談カード**」を**ご返送いただいてから相談日が決まるまでに1、2か月ほど見ていただいております。**この点、なにとぞご了承願います。

お急ぎの場合は、**神奈川県弁護士会(045-211-7701)**の法律相談をお勧めします。また、月2回(第2、第4火曜日 午後1時～3時まで) 弁護士による**無料電話ホットライン**を実施しています。あわせてご利用ください。

※次のページもご覧ください

※ このページはご返送不要です。※

・担当弁護士決定後の流れ

担当弁護士が決まった後、当弁護団より担当弁護士についての通知いたしますが、この通知より先に担当弁護士から相談日等について直接連絡が入ることがありますのでご了承ください。

また、担当弁護士の対応に不十分な点があるときや、相談日がなかなか決まらない等のご相談は、後記弁護団事務局までお問い合わせください。

・相談料

相談料は、原則として1万1000円（1時間以内、税込）となっています。

2回目以降の時間当たりの相談料については、担当弁護士にお尋ねください。

事件として進められるかどうか結論が出るまでに2、3回の相談を要することがあり、そのつど相談料をご負担いただくこととなります。また、相談の過程で、医師に意見を聞いたり、文献を検索するための別途費用が必要な場合もあります。

なお、事件として受任する場合には着手金等の費用がかかります。その金額は事案によって異なりますので、相談の際、担当弁護士に十分な説明を求めてください。

以上

～神奈川医療問題弁護団～

（相談カード送付先）

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-35-11-403

（問い合わせ電話番号）

TEL 045-620-9417

（受付時間：平日午前10:00～午後3:00（第3水曜日を除く））

- * 封筒の表に「医療相談カード在中」と赤字で記入して下さい。
- * ご返送はできるだけ相談カードのみとしていただき、詳細な資料は、直接弁護士との相談に際にお持ちいただくようお願いします。
- * 一度ご相談された方は新たに申し込みをすることはできません。

(2022.3.28 現在)