

# 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 〈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。

上記個人情報は、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けますよう、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

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。

※ 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

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

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