　　　医療問題法律相談カード

（別途、代理援助申込書が必要です）

１　相談者（２０　　　年　　　月　　　日記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | 生年月日 | 年　　月　　日 　　　　　　　　　　歳 |
| 住 所　〒 | | |
| TEL/携帯　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | |

２　患者（相談者と患者が異なる場合のみ記入してください。なお、相談者と患者が異なる場合

の相談は、患者の委任状が必要になります。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | 職業 | 歳  男　． 女 |
| 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 患者のとの関係　（以下のうち、該当するものに○印をつけてください）  患者の　 配偶者　・　親　・　子　・　その他（　　　　　　 　　） | | |

３　医療機関について

|  |
| --- |
| 名 称 |
| 所在地　〒 |
| 電話番号　　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| 診療科　　　循環器科 ・ 消化器科 ・ 泌尿器科 ・ 脳外科  整形外科 ・ 小児科 ・ 産婦人科  　　　　　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当医師名 |

４　診療期間

|  |
| --- |
| 初診日 年　 　月 　　日 |
| 入　院 年　 　月 　　日　～　　　　　　年 　　月 　　日 |
| 通　院 年　 　月 　　日 ～　　　　　　年 　　月 　　日 |

５　この医療機関を選んだ理由（病名、症状、紹介者なども記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

６　診療の主な経過・内容（時系列に記入、不足の場合は別紙を準備して記入してください。）

〈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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

７　被害の内容（障害・症状、死亡、その他）

|  |  |
| --- | --- |
| 障  害 | 障害の内容  障害発生日 年　　　月　　　日 |
| 死  亡 | 死亡原因  死亡日 年　　　月　　　日 |
| 他 |  |

８　手持ち資料（以下のうち、お持ちのものすべてに○印をつけてください）

　　　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　　Ｘ線写真　　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　　おくすり手帳

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

９　診療費について（以下のうち、該当するものに○印をつけてください）

・自費(自己負担)

・健康保険（組合名：　　　　　　　　　　　　　　　　／　本人・家族　加入 ）

10　支払った診療費の金額を教えてください。

　金　　　　　　　　　　　　　　円

11 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れば記入してください。

（時　期）　　　　　　年　　　月　　　日

（疾患名等）

）

12　医療被害発生の原因はどこにあると考えますか。その理由は。

13　被害の発生後に相手方の医療機関や医師と話合いをしたことがあれば記入して

ください。

（時　期）　　　　　　年　　　月　　　日

（相手方）

14　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。

15　この件で医療事故調査は行われましたか。　　 （　無　・　有　）

事故調査報告書は渡されましたか。　　　　　 （　無　・　有　）

16　被害について他の医療機関で受診したことがあれば記入してください。

　（医療機関名）

（医師の説明）

17 この件で他の相談機関などを利用したことがあれば記入してください。

（相談機関名）

（回答要旨）

18　相談したい具体的な内容は何ですか。また、どのような解決を望んでいますか。