

申込受付	20	・	・
整理番号	20	—	

調 査 カ ー ド

医療事故研究会事務局

〒102-0093 東京都千代田区平河町1-9-8

ライオンズマンション半蔵門702

(相談場所ではありません)

電話 03(5775)1851/FAX 03(5775)1852

医療事故研究会では、ご相談者の個人情報細心の注意をもって取り扱い、保護を図ります。
ただし、会内部の事例検討会などで資料として使用する場合がありますのでご了承下さい。

※詳しいことは担当弁護士が直接お聞きしますので、このカードでは、なるべく空欄に収まるように書いて下さい。書く場所が足りない時は記入項目を示して欄外の開いているところを使って下さい。

1. まず、あなたのことについて教えてください。

①あなたの氏名、年齢、性別、住所、職業をお書き下さい。

ふりがな			
氏 名		(性別) 男 女	
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (年齢 歳)
住 所	郵便番号 (—)		
職 業			

②あなたの連絡先をお書き下さい。(こちらから連絡することが出来るところです。)

電話連絡先	○で囲んで下さい。 自宅 勤務先 その他 ()		
電話番号①	—	—	
電話番号②	—	—	
FAX	—	—	
連絡の希望の時間帯 ～			

2. どこでこの研究会を知りましたか。

()

3. ご相談の経験について教えてください。

①今回の問題について、これまでに弁護士に相談したことがありますか。

どちらかを○で囲んで下さい。 ある ない

②「ある」場合、相談した弁護士のお名前をお書き下さい。

() 弁護士

①その医療事故に遭われた方のことについてお書き下さい。

②その医療事故の経過や内容などについてお書き下さい。

医療事故の発生時期		年 月 日
医療事故の結果		死亡・死亡以外
死亡の場合	死亡年月日	年 月 日
	死因	
	解剖の有無	解剖した・解剖していない
死亡以外の場合	被害の部位 (いくつでもかまいません。)	頭部・脳・脊髄・顔・首 内臓(肺・心臓・胃・小腸・大腸・腎臓・肝臓) その他の臓器(手・足・腰・上半身・下半身・全身・眼・鼻・耳・口・歯) その他の部位()
	被害の内容 (いくつでもかまいません。)	痛み・手足などの運動機能の障害や麻痺・ 視覚や聴覚などの機能障害・内臓などの機能障害・ 意識障害・骨折・外形的な異常・その他 ※病名が分かる場合は、それも書いて下さい。 (病名：)
	被害後の治療	今でも治療を続けている・治療を中止している
	被害後の容態	改善されている・変わらない・悪化している

5. その医療事故について、事故を起こしたと思われる医療機関(病院や診療所など)や治療の経過などについて教えて下さい。

①まず、相談の対象となっている方の病気や療養の経験について教えて下さい。

その医療事故が起こる以前の病歴や受けた治療についてお書き下さい。

大病の経験	ある ない
手術を受けた経験	ある ない
「ある」場合の時期	年ころ
その病気の内容	
治療の内容	

②今回のご相談で、事故を起こしたと思われる医療機関についてお書き下さい。

医療機関の名称	
所在地	
担当医	診療科名 : 医師名 :
治療の期間	年 月 日から 年 月 日まで
その医療機関を選んだ理由 (近くて便利、評判が良かったなど)	
受診の理由 (からだの痛み、不調といった受診理由)	

③今回のご相談で、事故を起こしたと思われる医療機関での診断や治療についてお書き下さい

診断について	病名	
	診断 内容	
治療の経過 (医療事故が起きるまでに どういう治療をされ たか、順を追って、箇 条書きで簡潔に書いて 下さい。)		
治療についての医師の 説明 (なぜこうした治療をす るのかという説明)		

6. 今回、ご相談になりたい医療事故の原因について、医師の説明とあなたの考え方を教えて下さい。

その医療事故の原因についての 医師の説明	
その医療事故の原因についての あなたの考え方 (原因がどこにあるか、そう考える理由は何かということについてお書き下さい。)	事故原因
	理由

7. ご相談になりたい医療事故の問題解決についての取り組み方について教えてください。

あなたが所持 されている 診断・治療に 関する資料	(あてはまるものを○で囲んで下さい。いくつでもかまいません。他にもあ る場合は「その他」のところに記入して下さい。)		
	診断書・死亡診断書・診療券・領収書・カルテなどの写し・ レセプトの写し・レントゲン写真・母子手帳・当時の日記やメモ・ 医師の書いたメモや手紙・ その他：		
これまでの 交渉の有無	(どちらかを○で囲んで下さい。)		
	交渉したことがある まだ交渉していない		
その医療事故 に関する相手 の医師や医療 機関側の態度			
あなたの(ある いは被害者の) 問題解決につ いての考え方	(問題解決の希望についてあてはまる項目の・を○で囲んで下さい。いくつ でもかまいません。)		
	・真実がどうであったか知りたい。 ・病院/医師にきちんとした説明をして下さい。 ・謝罪して欲しい。 ・被害を金銭で補償して欲しい。 ・その他(他の希望があれば下を書いて下さい。)		
被害者の家族 について	家族の協力	(あてはまるものを○で囲んで下さい。)	
		協力的である 協力的でない どちらでもない 分からない	
	家族構成	続柄	氏名

8. 弁護士との面談日などについて、希望があれば書いて下さい。(日程は担当弁護士との調整になります。ご希望に沿いかねる場合もございますのでご了承下さい。)

※ 記入事項は以上で終わりです。

個人情報の取扱いについて

〒102-0093 東京都千代田区平河町1-9-8
ライオンズマンション半蔵門702
医療事故研究会

1 初回相談での取扱い

医療事故研究会においては、初回法律相談の申し込みにあたって、相談カードの送付をお願いしております。時間内のスムーズな相談を実現するため、相談カードについては、申し込みの際、できる限りの記載をお願いしています。

これらの相談カードに記載された内容や、相談の際に担当弁護士が聴取した内容（以下「個人情報」といいます）については、当研究会において、事件の進行状況を把握したり、当研究会員間において事件の検討をし、適切な助言等を行う目的で、担当弁護士に報告させ、利用することがあります（ただし利用等にあたっては、相談者、患者氏名は伏せた形にいたします）。

このように個人情報を利用することについて同意されますか？

（ はい ・ いいえ ） ※いずれかに○を付けて下さい。

2 受任後の取扱い

初回法律相談後、何らかの法律業務を受任するに至った場合には、上記のほか、ご依頼の内容、事件の処理状況、担当弁護士に提供された資料、これに基づいて相談担当弁護士が作成した資料等（以下「個人情報」といいます）についても、当研究会において、上記1と同様の目的で、利用することがあります（この場合も、相談者、患者氏名は伏せた形にいたします）。

このように個人情報を利用することについて同意されますか？

（ はい ・ いいえ ） ※いずれかに○を付けて下さい。

更に、医療行為の適否の判断のために第三者医師の意見を聴取する必要がある場合には、必要な範囲で個人情報を第三者医師に提供します。

このように個人情報を利用することについて同意されますか？

（ はい ・ いいえ ） ※いずれかに○を付けて下さい。

3 ご注意頂きたいこと

相談者（相談者が患者ご本人でない場合には、相談者及び患者ご本人）において、上記1・2に記載した個人情報の提供にご同意いただけない場合には、ご相談をお断りいたします。

同意確認書

医療事故研究会 御中

本書面の交付を受け、1から3の内容を理解した上で、上記のとおり同意・不同意を回答します。

年 月 日

相談者ご署名（自署）