

3. ご相談されたい医療事故(被害)について教えてください。

①その医療事故に遭われた方についてお書き下さい。

医療事故に 遭った方	あなた自身・夫・妻・子供・孫・親・友人・知人 その他（ ）	
ふりがな		
氏 名		(性別) 男 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日 (年齢 歳)
職 業		
勤 務 先		

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。

必要なところは○で囲んで下さい。

医療事故の発生時期	平成	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	平成	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		

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	
<p>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。)</p>		
<p>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)</p>		

5. 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。

<p>その医療事故の原因についての医師の説明</p>	
<p>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。)</p>	<p>事故原因</p>
	<p>理由</p>

6. 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に書いて下さい。)			
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	年齢(歳)

※ 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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷1-9-18
コムロンド代々木公園フラッツ602
医療事故研究会 代表 弁護士 森谷和馬

- 1 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、相談カードにつきましては、お申し込みの際、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）。
- 2 また、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、利用することがあるほか、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。
- 3 相談者（相談者が患者ご本人でない場合は、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は、その旨、当研究会事務局又は担当弁護士にお申し出ください。その場合には、適切な相談業務等ができないことがありますので、相談自体をお断りすることがあります。

同意書

医療事故研究会 御中

本書面の交付を受け、内容を理解しました。
上記の個人情報の提供について同意します。

年 月 日

ご署名（自署）