

医療過誤相談票

〒460-0002
名古屋市中区丸の内三丁目5番35号
弁護士ビル602号
寺本法律事務所

作成日 平成 年 月 日

ご相談者 <small>ふりがな</small> お名前	生年月日	年	月	日 (歳)
〒 ご住所				
自宅電話番号	F A X 番号			
携帯電話番号				
メールアドレス @				
※ 事務所から連絡してもよい連絡先をご記入下さい。				
被害にあった方 <small>ふりがな</small> のお名前	生年月日	年	月	日 (歳)
ご相談者と被害にあった方のご関係				
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 ()				
<input type="checkbox"/> その他 ()				

1 被害にあったと思われる医療機関・診療科等

所在地

名 称

診療科 科 担当医の氏名

2 既往症など

(1を受診する前にかかった大きな病気や受けたことのある手術があれば、病名、時期、医療機関名を記載して下さい。)

.....
.....
.....
.....
.....

3 診療経過

(最初に1の医療機関を受診してから直近の医療機関への受診まで、診断された病名・検査結果等をできるだけ具体的に記載して下さい—書き切れないときは他の用紙にご記入下さい。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 医療機関からの説明内容

(1の医療機関から被害の原因等について説明を受けていれば、その内容をご記入下さい。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 現在の病状・後遺症

亡くなりました。

→死亡日： 年 月 日

死亡診断書記載の死因：

解剖の有無：あり ・ なし

後遺症が残りました。

(後遺症の内容、身体障害の等級等をできるだけ詳しくご記入下さい。)

.....

.....

.....

.....

治療中です。

(現在治療を受けている医療機関名や治療の内容をご記入下さい。)

.....

.....

.....

6 医療ミスと疑っている診療行為の内容、及び医療ミスと疑う理由をできるだけ具体的に
ご記入下さい。

.....
.....
.....
.....
.....

7 1の医療機関と交渉したことがありますか。あればその内容をご記入下さい。

.....
.....
.....
.....

8 どのような解決を望んでおられますか。

.....
.....
.....
.....

9 弁護士に聞きたいことをご記入下さい。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10 次の資料をお持ちですか。あればチェックして相談時にお持ち下さい。

- カルテの写し レセプトの写し 診断書 死亡診断書 解剖記録
- 母子手帳 診察券 保険証 医師・医療機関からの手紙 投薬証明書
- もらった薬又は薬の袋 身障者手帳・愛護手帳 入院診療計画書
- 手術、検査同意書 紹介状、診療情報提供書 薬剤証明書、処方箋