

相 談 票

■はじめに

相手方（医療機関・医師）の悪い点を端的に（3行程度）下記に記載してください。

- (例) ①切ってはいけない血管を切った。
 ②やらなくてはならない手術をしなかった。
 ③できもしない結果をできると言った。

1 相談者

フリガナ 氏 名	職業	歳 男・女
患者との関係 患者本人 ・ 患者の _____		
住 所 〒		
電 話 : - -	F A X : - -	
連絡先 〒		
電 話 : - -	F A X : - -	

2 患 者

フリガナ 氏 名	職業	歳 男・女
生年月日 : 年 月 日 生		

3 医療機関（複数掛かれた場合は、主な医療機関を下欄に、その他を別紙に）

名 称 :
所在地 〒
診療科 :
担当医師 :

4 診療期間（上記医療機関について）

初診日：	年	月	日				
入院期間：	年	月	日	～	年	月	日
通院期間：	年	月	日	～	年	月	日

5 受診の理由（上記医療機関について、病名、症状等 又 紹介者等）

--

6 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	死亡の原因： 死 亡 日： 年 月 日
そ の 他	

7 手持ち資料（以下のうち、お手持ちのものに○印をつけて下さい）

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（ ） 写真（X線、 ）
 解剖記録 母子手帳 診察券 領収書 日記・メモ その他（ ）

8 診療の主な経過・内容（時間の経過に従って年表風に、不足の場合は別紙に）

< 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

9 その他

(1) 診療費はどうしましたか。

- ・自費 ・健康保険（組合名 _____ 本人・家族）
- ・診療費支払金額（金 _____ 円）

(2) 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りますか。

- ・無
- ・有（時期・疾患名等 _____ ）

(3) 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。

(4) 被害の発生後に相手方医療機関や医師と話し合いをしたことがありますか。

- ・無
- ・有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 相手方： _____ ）

(5) 被害の発生について相手方医療機関や医師からどのように説明を受けましたか・

(6) 被害について他の医療機関で説明を受けましたか。

- ・無
- ・有（名称： _____ ）
（医師の説明： _____ ）

(7) この件で他の相談機関などを利用したことがありますか。

- ・無
- ・有（名称： _____ ）
（回答要旨： _____ ）

