

㊟ 調査カード

—九州・山口医療問題研究会—

No.

受付 年 月 日

相談日 月 日 時

1、あなたご自身の情報

ふりがな 氏名	(男・女)生年月日S・T・M・H 年 月 日		
住所	〒		
	電話番号		携帯電話
	第2連絡先		職業

2、医療被害にあった方の情報(あなたご自身の場合は記入不要です。)

ふりがな 氏名	(男・女)生年月日S・T・M・H 年 月 日 当時 歳		
住所	〒		
あなたとの 関係	本人・子ども(胎児も含む)・夫・妻・親・兄弟姉妹・ その他()		

3、相談の内容

問題と	(名称)	
されている	(所在地)	県 市町村
医療機関	(主治医)	
事故発生時	年 月 頃	
被害の 内容	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 全身麻痺・半身麻痺・意識障害 <input type="checkbox"/> 運動機能障害(手・足・その他) <input type="checkbox"/> 患部の痛み(部位) <input type="checkbox"/> 外形的異常 <input type="checkbox"/> 失明・視野狭窄・視力の著しい低下 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 歯・口腔内・あご・その他の異常 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい)	
問題となっている医療機関を受診した時期・理由(病名・症状等)		
時期	年 月 日～ 年 月 日	
患者が訴えた症状		
診察の結果何と診断されましたか		

<p>現在の状況</p>	<p> <input type="checkbox"/> 死亡しました <input type="checkbox"/> 改善していません <input type="checkbox"/> 入通院治療中 <input type="checkbox"/> 特に治療はしていません <input type="checkbox"/> 改善しました <input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 治療の結果、治癒 <input type="checkbox"/> その他 (具体的には:) </p>
<p>被害を受けるまでの経過を時間に沿ってなるべく詳しく記載してください。</p>	
<p>日時</p>	<p>経過(注射、手術、検査等の処置、その結果等)</p>
	<p>(書き切れなければ別紙にご記入ください。)</p>
<p>この事故について医療機関から受けている説明</p>	

