調　査　カ　ー　ド

**千葉医療問題研究会**

この調査カードに記入されたことについては秘密を守ります。できるだけ詳しくお書きください。

１．あなたについて記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | (性別) 男 女 |
| 氏　　　 名 |  | |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　 　年 　月 　 日 (年齢 歳) | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | ＦＡＸ番号 | |
| その他の連絡先 | | | |
| 職業　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | |

２．医療事故にあった人について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | (性別) 男 女 |
| 氏　　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 　 　年 　月 　 日 (年齢 歳) | |
| あなたとの関係 | ◎私自身  ◎私の　子ども・妻・夫・親・その他（　　　　　　　　　） | |

３．相手方医療機関について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当医師名 |  |

４．関係する医療機関があれば記入してください。

①

②

③

④

５．医療被害にあった結果について記入してください。

①　死亡しました。（ 年 　 月 　日死亡）

　　・死因についての説明など

|  |
| --- |
|  |

・解剖（しました　　　しません）　　解剖の日時

解剖の場所

②　目に異常があります。　　失明　・　視野狭窄　・　視力低下　・　（　　　　　　）

③　耳に異常があります。　　聞こえない　・　聴力低下　・　（　　　　　　　　　）

④　神経に異常があります。　寝たきり　・　半身麻痺　・　めまい　・　意識障害　・

　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤　運動機能に障害があります。　　腕　・　足　・　腰　・　首　・　顔　・　（　　　）

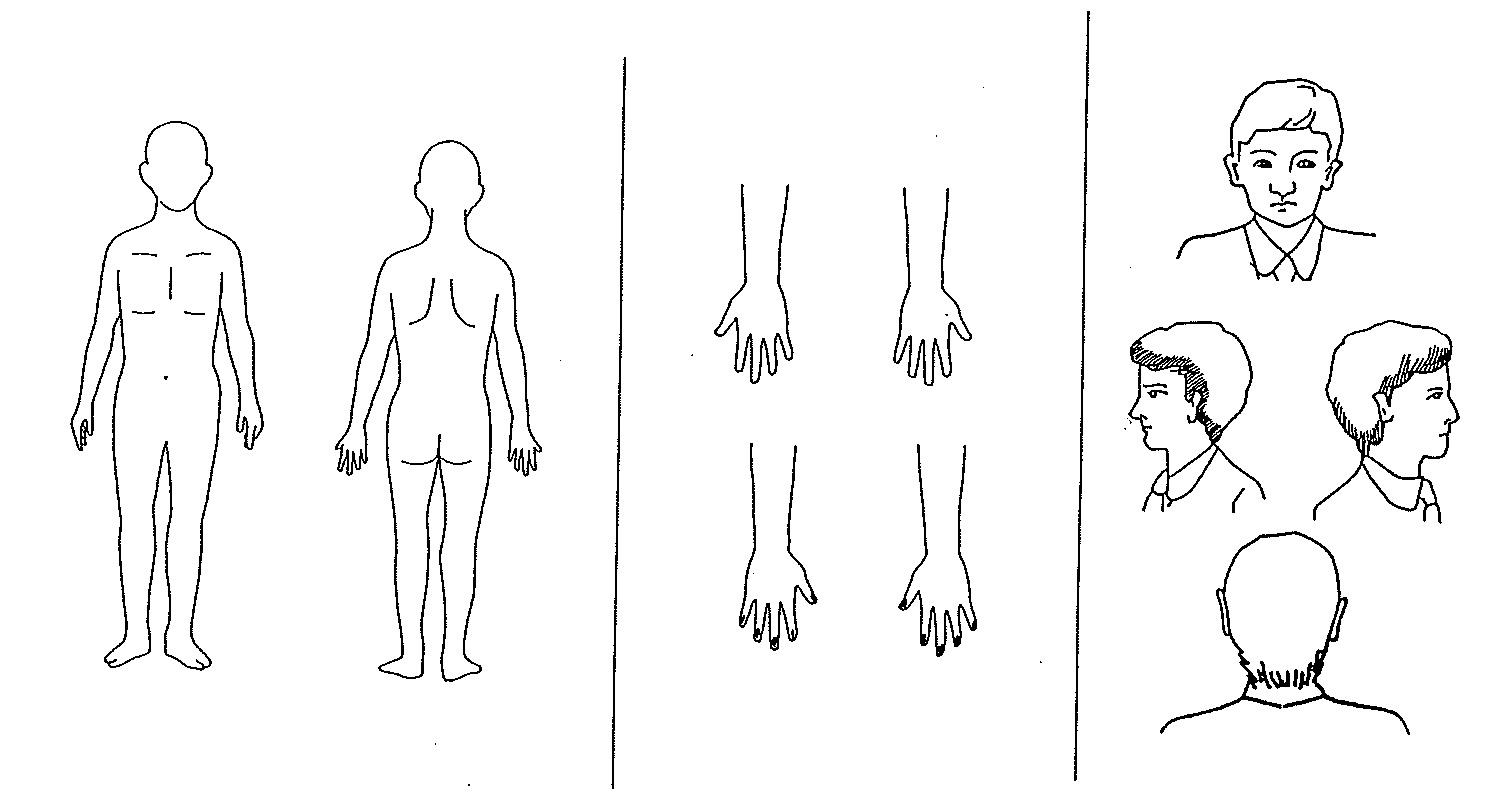
⑥　口などに異常があります。　　　歯　・　口の中　・　顎　・（　　　　　　　　　）

⑦　外形的な異常があります。　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑧　痛みやしびれがあります。　　　患部は（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨　現在はなんとか直りました。

⑩　障害の部位，内容は図のとおりです。



６．問題の医療機関（３に記載したところ）には，いつ頃，身体の何を診てもらうためにかかったのですか。

◎　　　　 　年　　　月　　　日頃

◎　受診の理由

|  |
| --- |
|  |

７．どうしてその医療機関にかかることになったのですか。

（他の病院から紹介された，家が近くだった，など）

|  |
| --- |
|  |

８．診てもらってどういう診断でしたか。

◎　診断病名

◎　医師は当初，病気の内容，回復の見込みなどについてどのような説明をしていましたか。

|  |
| --- |
|  |

９．被害を受けるに至る経緯を，日時を追って，なるべく詳しく記入してください。

◎　手術や薬や注射については詳しく記入してください。

◎　その処置を受けて，身体の具合はどうなりましたか。

|  |
| --- |
|  |

１０．その処置を受けるとき，医師はどのように説明しましたか。

　　　患者や家族は何を質問しましたか。回答はどうでしたか。

　　　その処置を受けることについて，患者本人や家族は承諾しましたか。

|  |
| --- |
|  |

１１．患者に発生した状態について，医師や医療機関はどのような説明をしましたか。

|  |
| --- |
|  |

１２．受けた被害は，その後改善されてきていますか。

|  |
| --- |
|  |

１３．あなたは，被害発生の原因がどこにあると感じておられますか。

　　　そのように感じられるのはなぜですか。

|  |
| --- |
|  |

１４．あなたは次のうち何をもっていますか。

1.診断書　　　2.死亡診断書　　　3.カルテのコピー　　　4.解剖記録

5.診察券　　　6.貰った薬・薬の袋　　　7.投薬証明書

8.医師からの手紙など　　　9.母子手帳　　　10.愛護手帳　　　11.身障者手帳

12.保険証　　　13.当時のことを書いた日記やメモ　　　14.当時の家計簿

15.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１５．既往症などについて記入してください。

◎　今回の被害にあう以前に，病気になったり，手術を受けたりしたことはありますか。

|  |
| --- |
|  |

◎　被害にあった当時，他に具合の悪いところはありましたか。

|  |
| --- |
|  |

◎　食べ物や薬でじんましんが出たことがありますか。

|  |
| --- |
|  |

１６．相手方の医療機関や医師と交渉をしたことがありますか。あったらその様子を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

１７．他の弁護士の相談を受けたことはありますか。あったらその内容を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

１８．あなたはこの問題をどのように解決したいと考えておられますか。

|  |
| --- |
|  |

１９．あなたの家族の方は協力的ですか。

|  |
| --- |
|  |

２０．あなた以外の家族について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | その他 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |