

# 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 ・ ( \_\_\_\_\_ )

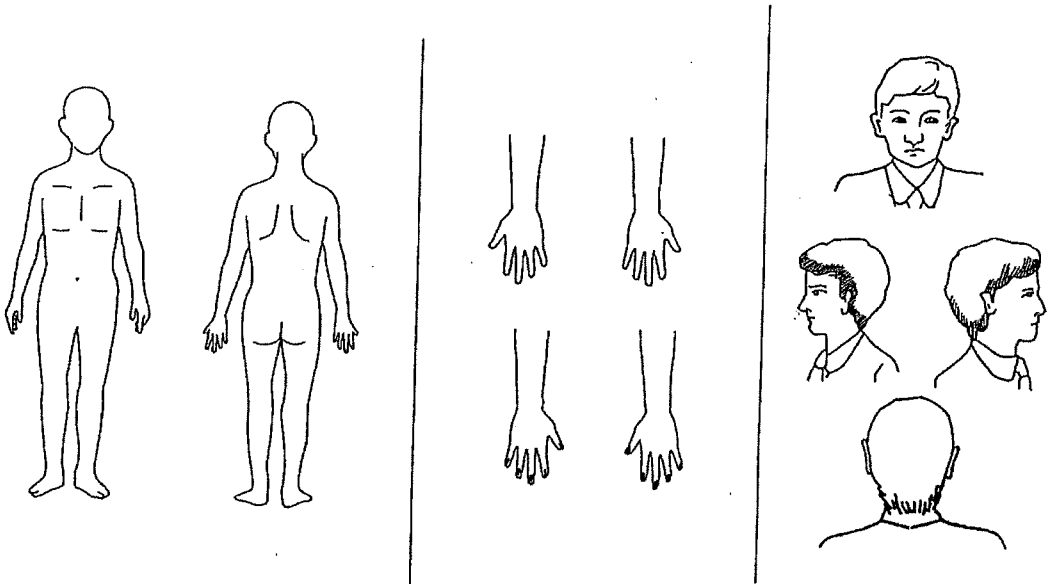
⑥ 口などに異常があります。 歯 ・ 口の中 ・ 顎 ・ ( \_\_\_\_\_ )

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った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, 身体の具合はどうになりましたか。

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。



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