

秘

# 調 査 カ ー ド

以下※印のところは記入しないで下さい。

※ No. \_\_\_\_\_

※ カード発信 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※ カード着信 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒461-0001 名古屋市東区泉一丁目1-35

ハイエスト久屋6階

医療過誤問題研究会

医療事故相談センター

TEL 052-951-3226

FAX 052-951-3227

紹介者など \_\_\_\_\_

1. 医療被害にあったのは、

ア 私自身です。

イ 私の子（胎児を含む）です。

ウ 私の（妻・夫）です。

エ 私の（親・義親）です。

オ 私の兄弟姉妹です。

カ 私の（ \_\_\_\_\_ ）です。

その人の氏名は、 \_\_\_\_\_  
男  
女

被害にあった当時 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
平成・昭和  
大正・明治

2. あなたの氏名は、 \_\_\_\_\_  
男  
女

\_\_\_\_\_ 年令 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
平成・昭和  
大正・明治

3. あなたの住所は、 〒 \_\_\_\_\_

4. あなたの自宅の電話番号は、 <市外局番 0 \_\_\_\_\_ > \_\_\_\_\_ 局 \_\_\_\_\_ 番

FAXは、 <市外局番 0 \_\_\_\_\_ > \_\_\_\_\_ 局 \_\_\_\_\_ 番

5. 上記以外の連絡先は、 〒 \_\_\_\_\_

電話番号は、 <市外局番 0 \_\_\_\_\_ > \_\_\_\_\_ 局 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 方

携帯電話番号は、 \_\_\_\_\_ 番

6. どこで相談センターをお知りになりましたか。 \_\_\_\_\_

7. これまでに当センターに調査カード等を送られたことがありますか。 \_\_\_\_\_

8. 今回のケースについて、これまでに弁護士に相談されたことがありますか。 \_\_\_\_\_

9. 今回の被害をうけられる以前に被害者本人は、大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか。あれば病名、時期、病院名を書いて下さい。（他の医療機関も含めて）  
当時、他に具合の悪いところがありましたか。

10. 被害者本人は薬や食べ物でじんましんが出たことがありますか。

11. 被害にあって結果現在は、

ア 死亡しました。（ 年 月 日死亡）

死因については \_\_\_\_\_ と言われております。

解剖（しました・していません。）

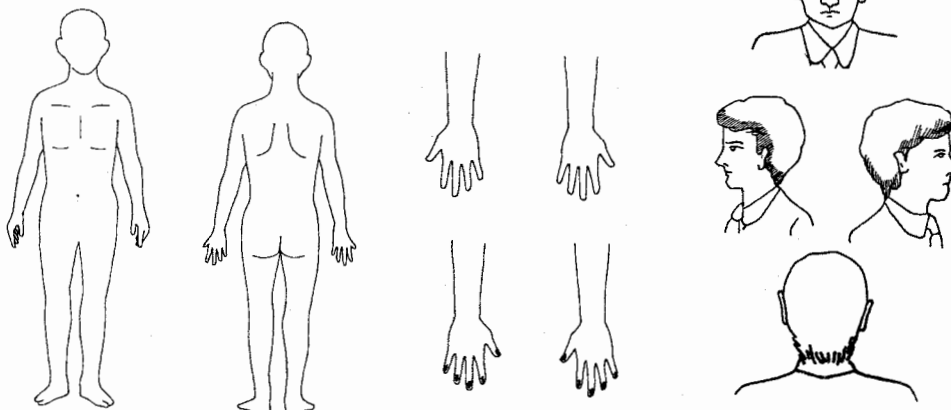
解剖の日時 \_\_\_\_\_

〃 場所 \_\_\_\_\_

※解剖結果の記録（剖検録）を（もらいました。・もらっていません。）

イ 植物状態、寝たきり、半身麻痺又は意識に障害があります。

ウ 次のような障害が残っています。図示すると次のとおりです。



i) 失明・視野狭窄・視力低下、複視など

ii) 耳が聴こえない・聴力低下

iii) 腕・足・腰などの運動機能に障害

iv) 歯又は口の中・喉の異常

v) 身体の一部にくぼみがあるなどの外形的異常

v) 患部（場所は \_\_\_\_\_）が痛い

vii) その他（ \_\_\_\_\_ ）

エ 現在なお通院中です。 月 \_\_\_\_\_ 回くらい（通院先 \_\_\_\_\_）

オ 現在なお入院中です。 入院先 \_\_\_\_\_

カ 現在はなんとかよくなりました。

12. 上記のようになったのはだいたいいつ頃のことですか。 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

13. 上記のような状況にしたと思われる医療機関は、

(所在地) \_\_\_\_\_

(名称) \_\_\_\_\_

(主治医) \_\_\_\_\_

14. 最初、身体のを診てもらったために、その医療機関にかかったのですか。

(受診の理由)

15. それはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日頃

16. どうしてその医療機関にかかることになったのですか。

(例 家から近くて便利だからとか、評判が良かったからとか……等)

17. 診てもらってどういう診断だったのですか。

診断病名、 \_\_\_\_\_

医師は当初、病気の内容、回復の見込についてどのように説明しておりましたか。

18. 被害を受けるに至る経過を日時を追って、なるべくくわしく書いて下さい。

いつ、どのような薬をどのように飲みましたか。

いつ、どのような注射をどこに射たれましたか。

いつ、どのような手術を受けましたか。

その処置を受けて（身体の具合は）どうになりましたか。

（注 この欄に書ききれないときには、別紙に記入して一緒にお送り下さい。）

19. 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。

そのときあなたは何をききましたか。

その処置を受けることについて、あなたは承諾しましたか。

20. そのようになったことについて、担当医や、他の医師はどう説明しましたか。

21. 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。

22. そう感じられるのはなぜですか。

23. あなたは次のうち何を持っていますか。

ア カルテの写し

ウ 診断書

オ 解剖記録

キ 診察券

ケ 医師・医療機関からの手紙

サ もらった薬又は薬の袋

ス 入院診療計画書

ソ 紹介状、診療情報提供書

チ 当時の家計簿（

ツ その他（

イ レセプトの写し

エ 死亡診断書

カ 母子手帳

ク 保険証

コ 投薬証明書

シ 身障者手帳・愛護手帳

セ 手術、検査同意書

タ 薬剤説明書、処方箋

)

)

(注)これらのもののうち現在手元にあるものについては、全てご相談当日にご持参ください。)

24. あなたは相手方医師・医療機関と交渉したことがありますか。(どのように話していますか。)

25. あなたはこの問題をどのように解決したいと思っていますか。

26. あなたの家族の方は、今回の件について、どう話していますか。

27. あなたとあなたの家族について記入して下さい。

被害者の 続柄	氏名	生年月日	職 業

※

面談日

担 当  
弁 護 士

28. ご相談にいらっしゃる予定の人数をお教え下さい。

人