

相談票

通番	年番	—
----	----	---

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 〒		
TEL — —	FAX — —	
連絡先 〒		
TEL — —	FAX — —	

2 患者

フリガナ 氏名	職業	歳 男・女
------------	----	----------

3 医療機関(複数ある場合は、主な医療機関を下欄に書き、その他を別紙)

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	年	月	日	～	年	月	日
通院	年	月	日	～	年	月	日

5 受診の理由(上記医療機関について、病名、症状など、紹介者など)

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	死亡原因 死亡日 年 月 日
他	

7 手持ちの資料(以下のうち、お持ちのものに○印を)

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 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)
 ・診療費支払い金額(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の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の医療機関や医師からは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受診しましたか。

・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

