

※ 都道府県 記入欄	都道府県		事例 No.		

事例報告書

報告年月日	西暦	年	月	日	記載者
-------	----	---	---	---	-----

I. 事例発生年月日	西暦	年	月	日
------------	----	---	---	---

II. 偶発事例分類（該当する□に✓を入れて下さい）									
事例診療分野の分類	<input type="checkbox"/> 産科診療（妊娠分娩）に関わる事例（異所性妊娠含） <input type="checkbox"/> 婦人科診療に関わる事例 <input type="checkbox"/> 不妊症診療に関わる事例							事例分類 <input type="checkbox"/> 子宮内容除去術（流産・産褥）・人工妊娠中絶に絡む事例 <input type="checkbox"/> 妊娠中の管理に絡む事例（陣痛発来前） <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例①産科処置・手術に伴う事例 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例②産科重症合併症 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例③胎児側合併症 <input type="checkbox"/> 新生児管理上の事例 <input type="checkbox"/> 婦人科手術事例 <input type="checkbox"/> 婦人科・不妊症診療に関わる事例 <input type="checkbox"/> 輸血関連事例 <input type="checkbox"/> その他の事例	
	事例対象の分類	因果不明	予後不明	自然軽快	治療軽快	後遺障害	脳性麻痺		死亡
	<input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・褥婦 <input type="checkbox"/> 胎児・新生児 <input type="checkbox"/> 非妊女性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					

III. 臨床的診断名（事例の中心となる診断名）：具体的な臨床経過は裏面に記載のこと

IV. この事例の問題点、争点

V. 医事紛争への発展の可能性（該当する□に✓を入れて下さい）

<input type="checkbox"/> 1 医事紛争中	<input type="checkbox"/> 4 訴訟前解決（示談・話し合い解決）	付記事項
<input type="checkbox"/> 2 証拠保全・訴状有	<input type="checkbox"/> 5 訴訟（示談・和解・勝訴・敗訴・その他）	
<input type="checkbox"/> 3 カルテ開示請求有	<input type="checkbox"/> 6 紛争なし	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7 不明	

産科医療補償制度への申請：有・無・不明

VI. 支部への要望（この事例について）

VII. その他

都道府県 記載欄	事例分類記号	
	検討状況	<input type="checkbox"/> 検討のみ <input type="checkbox"/> 委員会送致 <input type="checkbox"/> 要再調査 <input type="checkbox"/> 要意見聴取
	研修の要望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 都道府県医会 <input type="checkbox"/> 本部委託）
	要指導希望	<input type="checkbox"/> 都道府県医会にて対応 <input type="checkbox"/> 本部に委託する

（会員→都道府県産婦人科医会→日本産婦人科医会）

事例報告書

VIII. 具体的な臨床経過 ※ 経過サマリーがある場合は添付して提出してください

(会員→都道府県産婦人科医会→日本産婦人科医会)