

| | | | | | |
|------------------|------|--|--------|--|--|
| ※ 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 産科医療補償制度への申請：有・無・不明 | |
| <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"/> 7 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)