

◇管理者によって本制度の報告の対象か否か判断できない場合に、相談票をご利用ください。

1) 相談票を医会にFAXまたはメール、2) 1)の後に医会に電話連絡(最も早い医会事務局開局日)、3) 医会に連絡が取れない時は「医療事故調査・支援センター」相談専用ダイヤル:03-3434-1110 (23時～翌7時を除く)

医療事故調査制度 相談票

	報告日	西暦		年		月		日	曜日			
施設名												
所在地	郵便番号											
管理者氏名										印		
連絡先	役職					氏名						
	電話					FAX						
	Eメール											
患者氏名	イニシャル				患者性別		<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性			
患者生年月日	明	大	昭	平	令	年	月	日	歳	※1か月以下の新生児は日、時間を記入		
										ヵ月	日	時間
死亡日時	西暦	年	月	日	時間	<input type="checkbox"/> AM		<input type="checkbox"/> PM		時	分	
診療科												
疾患名												
臨床経過 (既往歴、初発症状、バイタルサインの変化、処置等を記載)												
死亡前後の状況												
指定の死因												
医療と死因との関連が疑われる点												
死亡の予期	管理者	<input type="checkbox"/> 予期していた			<input type="checkbox"/> 予期していなかった			<input type="checkbox"/> 不明				
	担当医	<input type="checkbox"/> 予期していた			<input type="checkbox"/> 予期していなかった			<input type="checkbox"/> 不明				
ご遺体の保管	<input type="checkbox"/> 院内		<input type="checkbox"/> 患者宅		<input type="checkbox"/> 葬儀社等		<input type="checkbox"/> 火葬済					
	<input type="checkbox"/> その他											

※現時点では不明な点は、不明と記載して下さい。

2022.9 改変