

◇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			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