

医療事故調査制度 相談票

相談内容	☐ 「医療事故」に該当するかどうか ☐ 患者への対応方法 ☐ 解剖・A i についての相談 ☐ 院内事故調査委員会設置について ☐ その他 ()		
管理者名			
医療機関名			
所在地	〒		
連絡先	TEL : FAX : ※管理者以外の場合はご記入ください 部署 : 役職 : 氏名 :		
患者情報	性別 : 年齢 : 受診科目 :		
	疾患名 :		
	死亡場所	☐ 自院 ☐ 他院 ☐ 在宅 ☐ 救急搬送中	
	死亡状況	☐ 処置中 ☐ 手術中 ☐ 入院管理中 ☐ 在宅療養中	
	ご遺体	☐ 自院保管 ☐ 他院保管 ☐ ご自宅 ☐ 火葬済み ☐ その他 ()	
	推定死因		
ご遺族への対応	ご遺族対応者	間柄 : ☐ 同居 ☐ 別居	
	説明内容		
	ご遺族の心情	☐ 経過には納得 ☐ 不信感(経過に疑問) ☐ 不明	
他施設関与	他施設関与	☐ なし(単独) ☐ あり ()	
	関与施設と相談	☐ 済み ☐ 未実施 ☐ その他 ()	
死亡の予期	管理者	☐ 予期していた ☐ 予期していない ☐ どちらともいえない	
	担当医	☐ 予期していた ☐ 予期していない ☐ どちらともいえない	

→ ☐ 事前説明あり ☐ カルテ記載あり ☐ 関係者聞き取りにより

⇒ FAX:082-568-2130 (2/2枚)

※時系列にできるだけわかりやすく簡潔にお願いします。

日	時間	臨 床 経 過