

1/4 通目

1 あなたのことについて教えてください。

ふりがな		(性別) 男・女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (年齢 歳)
住所	〒 (-)	
職業		
希望連絡先	※日中ご連絡可能な連絡先を教えてください。 電話番号① () - 電話番号② () -	
秘密保持	当方からのご連絡の際、当事務所名を名乗ることは、可・否	

2 ご相談されたい医療事故の被害者について教えてください。

あなたとの関係	あなた自身・夫・妻・子供・孫・親・その他 ()	
ふりがな		(性別) 男・女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (年齢 歳)
住所	〒 (-)	
職業		
勤務先名		
秘密保持	被害者は、今回の相談のことを、知っている・知らない	

2/4 通目

氏名	
----	--

3 その医療事故について、事故を起こしたと思われる医療機関（病院や診療所など）や事故後の被害者の状況などについて教えてください。

医療機関の名称		
所在地	〒 (-)	
担当医	診療科名 : 医師名 :	
治療の期間	年 月 日から 年 月 日	
受診理由		
医療事故の発生時期	平成 年 月 日	
医療事故の結果	死亡・後遺症残存	
死亡の場合	死亡年月日	平成 年 月 日
	死因	
	解剖の有無	解剖した・解剖していない 解剖した場合：病理解剖・行政解剖・司法解剖
後遺症残存の場合	後遺症の内容	医師による後遺症診断（有・無） 有りの場合：後遺障害等級 級 症状固定日（平成 年 月 日） 具体的な障害
※治療中の方は治療終了後、ご相談ください。	被害後の治療および容態	

4/4 通目

氏名	
----	--

5 医療事故の交渉経緯や希望される医療事故の解決方法等について教えてください。

あなたが所持されている診断・治療に関する資料	1 診断書 2 死亡診断書 3 診察券 4 領収書 5 カルテ 6 レセプト 7 レントゲン写真 8 母子手帳 9 当時の日記やメモ 10 医師の書いたメモや手紙 11 その他 ()
これまでの交渉の有無	有・無 交渉したことがある方 相手方 : 交渉時期 : 交渉結果 :
他の弁護士への相談の有無	有・無 相談したことがある方 弁護士名 : 相談時期 : 相談結果 :
医療事故に関する相手方の対応	
問題解決への願い	1 真相を究明したい 2 反省・謝罪してもらいたい 3 再発を防止したい 4 損害を金銭賠償してもらいたい 5 その他 ()
医療事故の原因に関するお考えをご記入ください	
ご相談に至った経緯	1 医師や看護師の対応が悪かったから 2 医療行為により障害/死亡の被害に遭ったから 3 事前事後の説明がまったくなかったから 4 家族や知人に専門家に相談してみるよう勧められたから 5 ミスかどうかわからないから専門家に聞いてみたかった 6 その他 ()

記入事項は以上です。ご協力ありがとうございます。