

医療法律相談票

受付日 年 月 日

・ご提供いただいた個人情報は、当弁護団の法律相談の利用目的の範囲内で利用します。個人情報は事件の処理上、相談を担当予定の弁護士へ提供し、共有します。

受付No. _____

※書ききれない場合は、他の用紙に書いて下さい。

- 1 相談者 住所 _____ (〒 -)
電話 _____ 携帯・ファクス _____
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
職業 _____
- 2 医療事故にあわれた方
 相談者本人
 その他
(氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
相談者との関係 _____)
- 3 診療を受けた医療機関
名称 _____ 担当医 _____
所在地 _____
- 4 3の医療機関を選んだ理由
- 5 何を診てもらうために2の医療機関を受診したのですか
- 6 既往症
- 7 診療を受けた機関
初診 年 月 日
入院 年 月 日から 年 月 日まで
通院 年 月 日から 年 月 日まで
- 8 治療費
保険利用 有 ・ 無 ・ 本人 ・ 家族
支払った金額 金 円
- 9 診断された傷病名
- 10 治療内容 (手術の有無, 投薬など)

11 現在の被害状況

12 医療被害発生について、医師はどのように説明していますか

13 他の医療機関での受診の有無

イ ある 名称 _____

ロ ない

14 あなたは医療事故の原因がどこにあると考えていますか

その理由は

15 この件で直接医師又は医療機関と交渉したことがありますか

16 この件でどこかに相談にいったことがありますか

17 埼玉医療問題弁護団をどこでお知りになりましたか

18 お手持ちの資料をお答え下さい（印をつけた資料を、相談当日ご持参下さい）

カルテの写し 診断書 死亡診断書 解剖記録

各種検査表 母子手帳 X線写真など 診察券

診療報酬明細書（レセプト）の写し 日記・メモ 領収書

その他（ ）

（事務局記入欄）

相談日 年 月 日

担当弁護士名

結果

相談日 年 月 日

担当弁護士名

結果