

調査カード番号 令和 年第 号  
 電話受付日 令和 年 月 日  
 調査カード受付日 令和 年 月 日

第						号
班					班	

## 調査カード

### 【住所氏名等】

相談の申し込みを行う方（※ 勤務先の記入は任意で結構です）

被害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏名		性別(任意)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
自宅住所			
E-mail			
携帯電話		自宅電話	
勤務先名*		勤務先電話	

被害に遭われた方（申込者が被害者ご本人の場合は記入不要）

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏名		性別(任意)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
自宅住所			

### 【希望する連絡方法、時間】

連絡方法	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 手紙				
希望曜日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 以下の曜日（ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ）				
希望時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 以下の時間（ ）				

## 【医療事故の具体的内容】

相手病院	病院名		受診科目	
	所在地	<input type="checkbox"/> 札幌市 (                      区) <input type="checkbox"/> 札幌以外 (                      市・町・村)		
	初診日	年    月    日	担当医師	
傷病	傷病名		治療方針	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 不明
	手術名		手術日	年    月    日
事故の内容	事故発生日	年    月    日	病院の姿勢	<input type="checkbox"/> 認めている 責任を <input type="checkbox"/> 認めていない <input type="checkbox"/> わからない
	事故の原因・内容	<input type="checkbox"/> 治療選択の誤り <input type="checkbox"/> 手術ミス <input type="checkbox"/> 誤診 <input type="checkbox"/> 見落とし <input type="checkbox"/> 投薬の誤り <input type="checkbox"/> 術後管理の怠り <input type="checkbox"/> 急変時の対応遅れ <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 医療機器の不調 <input type="checkbox"/> 説明義務違反 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
	具体的内容 ※			
	生じた被害	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 (障害の内容:                      ) <input type="checkbox"/> その他被害 (具体的内容:                      )		

※ 事故内容の詳細は法律相談時に担当弁護士がお聞きしますので、ここでは概要(記載例:「肺がんの見落とし。主治医がCT検査の報告書を見ていなかった。」など)を記載いただければ結構です。事前に詳細の説明を希望される場合は、4ページの「医療事故までの経過(任意作成)」の作成をお願いします。

## 【アクセスの媒体】(当研究会をお知りになったきっかけ・媒体)

クチコミ	<input type="checkbox"/> 家族親戚 <input type="checkbox"/> 上司同僚 <input type="checkbox"/> 友人知人 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
広告	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 札幌市民便利帳 <input type="checkbox"/> 市電広告 <input type="checkbox"/> YouTube 動画 <input type="checkbox"/> 当研究会HP <input type="checkbox"/> その他HP (                      )
司法機関	<input type="checkbox"/> 弁護士(会) <input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 裁判所 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
関連機関	<input type="checkbox"/> 地方自治体 (                      ) <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
その他	<input type="checkbox"/> (                      )





## 医療事故までの経過（任意記載）

※ 事前に医療事故の詳細の説明を希望される場合は、こちらの作成をお願いします。任意作成となっておりますので、作成いただかなくても問題はありません。

年月日	経過
(記載例)	
H30.4	職場の健康診断で肝機能の異常を指摘された。
H30.6	A 病院の消化器科を受診し、NASH の診断を受けた。当時は喫煙していたため胸部 CT も実施していたが、検査結果は知らされていなかった。その後も NASH の治療のために、A 病院に通院を続けていた。
R2.10	背中痛みを訴え、A 病院の循環器科を受診。胸部 CT で肺がんが発見された。その時点でステージⅢまで進行していて、手術はできない状態だった。このときに、主治医に H30.6 の CT でもっと早い段階で肺がんを見つけられなかったのかと聞いたが、要領を得ない回答だった。その後は、放射線治療と薬物治療を行っていたが、状態はどんどん悪化していった。
R3.12	それ以上の治療は困難となり、B 病院の緩和ケア病棟に転院。
R4.2	肺がんのため死亡。A 病院に再度、H30.6 の胸部 CT の説明を求めた。放射線医は「肺がんの疑いあり」と記載したが、消化器科の主治医がそれを見落としていたことがわかり、謝罪された。
R4.4	病院の弁護士からの手紙で、示談金 100 万円の提案があった。