

必要事項を記入の上、076-429-6788 富山県医師会までFAXをお願いします。

- ※ 医療法の定める医療事故調査制度の対象については、「医療事故調査制度への対応マニュアル」をご参照ください。管理者によって判断がつかない場合に本相談票にてご相談下さい。
- ※ 報告時点で把握している情報のみご記入下さい。事故調査を行う場合、その調査によって変わることがあることが前提であり、現時点で不明な事項については不明とご記入下さい。

医療事故調査制度 相談票

令和 年 月 日

管理者氏名:

連絡先: TEL FAX

患者情報	性別	男	女	年齢	満	歳	ヶ月	日	時間	
	*「日」以下については、生後30日以内の死亡の場合のみご記入下さい。									
	受診科目				疾患名					
	臨床経過									
	推定死因									
	死亡前後の状況、死亡までの経過									
	医療との関連が疑われる点									
死亡日時	平成	年	月	日	午前	・	午後	時	分	
場所	*上記医療機関と異なる場合のみご記入下さい。									
死亡の予期	管理者	<input type="checkbox"/>	死亡を予期していた	<input type="checkbox"/>	死亡を予期していなかった	<input type="checkbox"/>	不明			
	担当医	<input type="checkbox"/>	死亡を予期していた	<input type="checkbox"/>	死亡を予期していなかった	<input type="checkbox"/>	不明			
	死亡の予期について、患者、遺族に対してどの程度説明してありましたか。またその内容を診療録に記載してありますか。具体的に記述して下さい。									
ご遺体の現状	<input type="checkbox"/>	院内にて保管	<input type="checkbox"/>	患者宅にて保管	<input type="checkbox"/>	葬儀社等にて保管	<input type="checkbox"/>	その他の場所にて保管	<input type="checkbox"/>	火葬済
その他特記事項										
事務局記入欄										