

医療事故調査制度 相談票

三重県医師会宛

医療機関所在地： 下

医療機関名：

管理者氏名：

連絡先： 担当部署 役職 氏名

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。		
	在胎週数	週		日	*該当する場合のみご記入下さい。		
	受診科	疾患名					
	臨床経過						
	推定死因						
	医療との関係が疑われる点						
死亡日時	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	分
事故発生日時	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	分
死亡場所	*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			
患者・遺族への説明	患者及び遺族に対し、死亡の予期について説明し、その内容をカルテに記載してありますか						
	<input type="checkbox"/> 記載有り	<input type="checkbox"/> 記載無し	<input type="checkbox"/> 不明				
解剖の承諾	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明				
解剖医派遣依頼	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明				
Aiの承諾	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明				
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						
センターへの報告	<input type="checkbox"/> 報告済み(月 日)		<input type="checkbox"/> 報告する予定		<input type="checkbox"/> 未定		
その他特記事項							

(注1) 医療法の定める医療事故調査制度の対象は別紙のとおりです。別紙Bをご参照の上、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。

(注2) 報告時点で把握している情報でご記入下さい。