

秘

調査カード

以下※印のところは記入しないで下さい。

※ No	_____
※ カード発信	_____年 _____月 _____日
※ カード着信	_____年 _____月 _____日

〒980-0822

仙台市青葉区立町11-17-101

仙台医療問題研究会

事務局 坂野法律事務所

TEL022-211-5624

FAX022-211-5625

紹介者など _____

1. 医療被害にあったのは、

ア 私自身です。 イ 私の子（胎児を含む）です。

ウ 私の（妻・夫）です。 エ 私の（親・義親）です。

オ 私の兄弟姉妹です。 カ 私の（ _____ ）です。

その人の氏名は、 _____
男 女

被害にあった当時 _____ 才 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
男 女

2. あなたの氏名は、

_____ 平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
男 女 大正・明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

3. あなたの住所は、〒 _____

4. あなたの自宅の電話番号は、<市外局番0 _____> _____ 局 _____ 番

FAXは、<市外局番0 _____> _____ 局 _____ 番

5. 上記以外の連絡先は、〒 _____

電話番号は、<市外局番0 _____> _____ 局 _____ 番 _____ 方

携帯電話番号は、 _____ 番

6. どこで相談センターをお知りになりましたか。 _____

7. これまでに当センターに調査カード等を送られたことがありますか。 _____

8. 今回のケースについて、これまでに弁護士に相談されたことがありますか。 _____

9. 今回の被害をうけられる以前に被害者本人は、大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか。あれば病名、時期、病院名を書いて下さい。(他の医療機関も含めて) 当時、他に具合の悪いところがありましたか。

10. 被害者本人は薬や食べ物でじんましんが出たことがありますか。

11. 被害にあって結果現在は、

ア 死亡しました。(年 月 日死亡)

死因については _____ と言われております。

解剖 (しました・していません。)

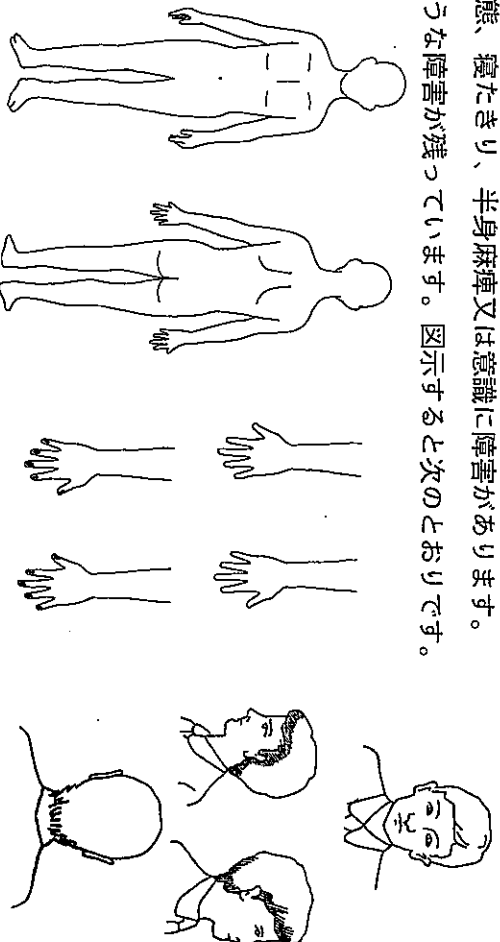
解剖の日時 _____

” 場所 _____

※解剖結果の記録 (剖検録) を (もらいました。・もらっていません。)

イ 植物状態、寝たきり、半身麻痺又は意識に障害があります。

ウ 次のような障害が残っています。図示すると次のとおりです。



i) 失明・視野狭窄・視力低下、複視など ii) 耳が聴こえない・聴力低下

iii) 腕・足・腰などの運動機能に障害 iv) 歯又は口の中・喉の異常

v) 身体の一部にくぼみがあるなどの外形的異常

vi) 患部 (場所は _____) が痛い

vii) その他 (_____)

エ 現在なお通院中です。 月 _____ 回くらい (通院先 _____)

オ 現在なお入院中です。 入院先 _____

カ 現在はなんとかよくなりました。

12. 上記のようになったのはだいたいいつ頃のことですか。 _____年_____月頃

13. 上記のような状況にしたと思われる医療機関は、

(所在地) _____

(名称) _____

(主治医) _____

14. 最初、身体の何を診てもらったために、その医療機関にかかったのですか。

(受診の理由)

15. それはいつ頃ですか。 _____年_____月_____日頃

16. どうしてその医療機関にかかることになったのですか。

(例 家から近くて便利だからとか、評判が良かったからとか……等)

17. 診てもらってどういう診断だったのですか。

診断病名、 _____

医師は当初、病氣の内容、回復の見込についてどのように説明しておりましたか。

18. 被害を受けるに至る経過を日時を追って、なるべくくわしく書いて下さい。
- いつ、どのような薬をどのように飲みましたか。
- いつ、どのような注射をどこに射たれましたか。
- いつ、どのような手術を受けましたか。
- その処置を受けて（身体の具合は）どうなりましたか。
- (☑ この欄に書ききれないときには、別紙に記入して一緒に送り下さい。)

19. その処置を受けるとき、医師はどのように説明しましたか。
- そのときあなたは何をききましたか。
- その処置を受けることについて、あなたは承諾しましたか。

20. そのようになったことについて、担当医や、他の医師はどう説明しましたか。

21. あなたは、被害発生の原因がどこにあると感じておられますか。

22. そう感じられるのはなぜですか。

23. あなたは次のうち何を持っていますか。

- | | | | |
|---|--------------|---|------------|
| ア | カルテの写し | イ | レセプトの写し |
| ウ | 診断書 | エ | 死亡診断書 |
| オ | 解剖記録 | カ | 母子手帳 |
| キ | 診察券 | ク | 保険証 |
| ケ | 医師・医療機関からの手紙 | コ | 投薬証明書 |
| サ | もらった薬又は薬の袋 | シ | 身障者手帳・愛護手帳 |
| ス | 入院診療計画書 | セ | 手術、検査同意書 |
| ソ | 紹介状、診療情報提供書 | タ | 薬剤説明書、処方箋 |
| チ | 当時の家計簿 () | | |
| ツ | その他 () | | |

(☞これらのものうち現在手元にあるものについては、全てご相談当日にご持参ください。)

24. あなたは相手方医師・医療機関と交渉したことがありますか。(どのように話していますか。)

25. あなたはこの問題をどのように解決したいと思っていますか。

26. あなたの家族の方は、今回の件について、どう話していますか。

27. あなたとあなたの家族について記入して下さい。

被害者との続	氏名	生年月日	職	業

※

面談日

担当
弁護士

28. ご相談にいらっしゃる予定の人数をお教え下さい。

_____人