

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

坂野法律事務所

TEL 022-211-5624

FAX 022-211-5625

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 平成・昭和
大正・明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2. あなたの氏名は、 _____
男
女

年令 _____ 才 平成・昭和
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. どこで事務所をお知りになりましたか。 _____

7. これまでに当事務所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。）

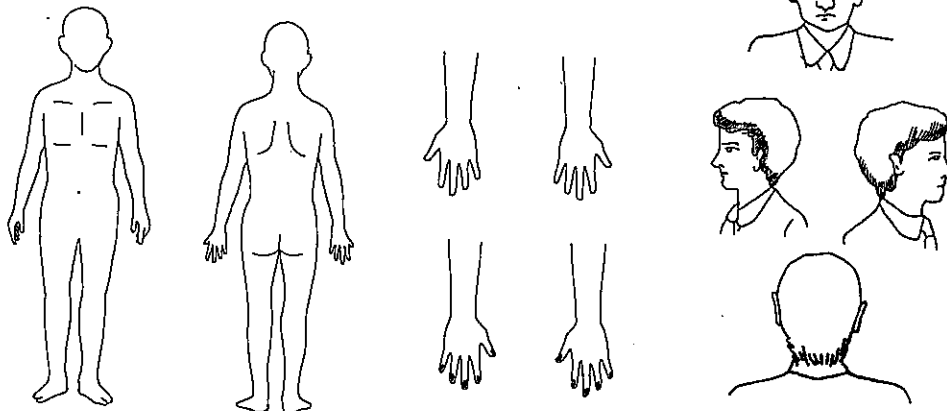
解剖の日時 _____

〃 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、病気の内容、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お送り下さい。)

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 続柄	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