調査カード番号　R　年　第　　号
電話受付日　R　年　　月　　日
調査カード発送日　R　年　　月　　日
調査カード受付日　R　年　　月　　日
事件配転日　R　年　　月　　日
調査目的の架電日　R　年　　月　　日

第						号
班				班		

調査カード

一　住所氏名等

１　申請者

氏名　　（フリガナ）
住所　〒
電話番号　（　　）
勤務先名
勤務先住所　〒
上記電話番号　（　　）
生年月日　（昭・平）　　年　　月　　日
年齢　　才　（男・女）
被害者との関連　私は被害者です。／　私は被害者の　　です。

２　被害者　（申請者が被害者である場合には記入は不要です）

氏名　　（フリガナ）
住所　〒
電話番号　（　　）
生年月日　（昭・平・令）　　年　　月　　日
年齢　　才　（男・女）

３　連絡先　（時刻等も含め、もっとも確実な連絡方法をお知らせください）

二　医療事故の具体的内容

１　医療機関

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関の住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記電話番号　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

受診科目　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　事故発生年月日　（平・令）　　年　　月　　日頃

３　被害結果　（どのような被害をうけましたか）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４　被害状況　（医療事故にあわれた経緯）

どのような経緯から被害を被り、その後どのようになったかを、時間の流れにそって、できるだけ簡潔明瞭に、別紙解答用紙にお書きください。

三　お申込の動機　（○印をつけてください）

ア　自分の納得のために弁護士の意見を聞いてみたい。あるいは、不安なので一度弁護士と相談したい。

イ　自分としては医療事故ではないかと考えており、もし医療事故に当たるのであれば何らかの救済手続きをとりたいと考えている。

ウ　現在、自分自身で医師側と被害救済について交渉中であるが、この際、弁護士に救済を求めたいと考えている。

エ　その他（　　）

四　連絡欄　（何かご希望がございましたらご記入ください）

五　個人情報の取り扱いについての同意

本調査カードによる相談申込み及び担当弁護士の聞き取り等に基づいて私（申請者及び被害者）が貴研究会に提供した情報について、貴研究会が下記目的に利用することに同意いたします。

①相談案件の管理（相談案件の集計、処理状況の把握を行ないます）
②担当弁護士による相談業務（なお、協力医への相談が必要になった場合には、協力医から適切な助言を得るために必要な範囲で情報を提供することがあります）
③貴研究会における研修（当会では、より適切な医療法律相談を皆様に提供するため、相談事例、解決事例等についての検討や研究を行っております）
④貴研究会における活動報告（当会では、活動内容等の報告をホームページ上で行っておりますが、個人や医療機関が特定されないようにした上で、個人情報に基づいた病状等を掲載することがあります）

以上、同意いたします。　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※ご同意いただけない場合には、相談及び受任に応じられないことがあります。

回答書

年月日	事実

回答書

年月日	事実