

調査カード

作成日 年 月 日

(この調査カードに記入した日付を入れて下さい)

紹介者（団体）

☆以下の各項目について、あてはまる項目に○をつけ、また空欄には記入してください。
全部記入するのは大変だと思いますが、今後の検討資料として必要ですから、ご協力下さい。
楷書で読みやすく書いて下さい。

・医療被害にあったのは、

a 私自身 b 私の子（胎児を含む） c 私の妻 d 私の夫

e 私の親 f 私の兄弟姉妹 g その他（ ）

その人のお名前

男・女

その人の生年月日

年 月 日

当時の年齢 才

・あなたのお名前

男・女

・あなたの生年月日

年 月 日

現在の年齢 才

・あなたの住所 （〒 ）

自宅の電話

〈市外局番 〉

—

番

携帯番号

・自宅以外の連絡先（住所・名称）

電話

〈市外局番 〉

—

番

・あなたのお仕事：

1. 被害にあった結果

(1) 現在の状況

a 死亡しました。(年 月 日死亡)

・死因については と、言われています。

・解剖(しました・していません)

・解剖の日時 年 月 日

・解剖の場所

(次のような障害が残っています)

b 失明、視野狭窄、又は視力が低下しました。

c 寝たきり、半身麻痺又は、めまいがひどいとか意識に障害があります。

d 耳が聞こえません。聴力が低下しました。

e 腕、足腰などの運動機能に障害があります。

f 歯又は口の中、あごに異常があります。

g 身体の一部にくぼみがあるなど外形的に異常があります。

h 患部がひどく痛みます。

i 現在はなんとか良くなりました。

j その他

(2) 現在の障害の内容

(障害の部位、内容を図で表わせるときは10頁の図に書きこんで下さい)

(3) 現在の入・通院状況

a 現在通院中です。

月 回くらい

通院先

b 現在入院中です。

年 月 日から

入院先

c 現在は入・通院していません。

2. これまでの経過

(1) 医療被害を受けたと思われる医療機関は、

(所在地)

(名称)

(診療科)

(主治医)

(2) 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)

(3) それはいつですか。

年 月 日頃

(4) それ以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことが過去にありましたか。

また (3) の当時、他に具合の悪いところがありましたか。

(5) 薬や食べ物でじんましんが出たり、ショックをおこしたりしたことがありますか。

(6) どうして(1)の医療機関にかかることにしたのですか。

(家から近くて便利だからとか、評判が良かったからとか・・・)

(7) 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いましたか。

(8) 被害を受けるに至る経過を日時の順に、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んだか、いつ、どのような注射をどこに射たれたか、いつ、どのような手術を受けたか、その処置を受けて(身体の具合は)どうなったか等)

(9) 問題だったと思われる処置を受けるにあたって、医師はどのように説明しましたか。

そのときあなた又は本人は何を尋ねましたか。

その処置を受けることについて、あなた又は本人は承諾しましたか。

(10) 被害について、担当医又は他の医師はどう説明していましたか。

(11) その後、現在に至るまでの治療や身体の状態の変化について、日時の順に書いて下さい（転院があれば、そのことも）。

3. あなたの考え

(1) あなたは、被害発生の原因がどこにあると考えていますか。

(2) そう考える理由は何ですか。

4. 資料

あなたは次のうち何を持っていますか。

- | | |
|--------------|-------------|
| a カルテの写し | b レセプトの写し |
| c 診断書 | d 死亡診断書 |
| e 解剖記録 | f 母子手帳 |
| g 診察券 | h 保険証 |
| i 医師からの手紙 | j 投薬証明書 |
| k もらった薬又は薬の袋 | l 身障者手帳 |
| m 愛護手帳 | n 当時の日記又はメモ |
| o 当時の家計簿 | p その他 () |

5. 医療機関の対応

あなたはこの医療被害に関して医療機関側と交渉したことがありますか。

あれば、その内容（交渉の日時、医療機関側の説明や態度）について書いて下さい。

6. あなたの希望

あなたはこの問題をどのように解決したいと考えていますか。

7. ご家族について

(1)あなたのご家族は、あなたが医療被害を追及しようとする事について協力的ですか。

(2) 医療被害を受けたご本人の家族について記入して下さい。

続柄	お名前	生年月日	同居の有無
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居

8. これまでにこの医療被害について、弁護士や被害者で作る会などに相談されたことが
ありますか。

ある ない (どちらかに○)

★お疲れさまでした。

書きおえましたら、下記住所までご返送下さい。

※尚、ご返送は郵便局（ポスト）からの投函をお願いいたします。

宅配業者のメール便では発送先にもどってしまいますのでご注意ください。

〒650-0015

神戸市中央区多聞通3-2-9

甲南スカイビル7階

兵庫医療問題研究会 宛

