

# 医療事故報告書

京都府保険医協会・医師賠償責任保険処理室会 御中

所在地：〒  
医療機関名：  
開設者名： 印  
医療機関 TEL： - - FAX： - -

次の通り事故の状況を報告します。

## ①医療機関

医療機関名： \_\_\_\_\_ 地区 \_\_\_\_\_ 担当事務員名 (役職名) \_\_\_\_\_

当該医師(従事者)名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 医師免許取得日 \_\_\_\_\_  
年 月 日 診療科目名 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
(当該医師(従事者)の個人的な医賠償加入：あり・なし ありの場合→加入団体： \_\_\_\_\_ 保険会社名： \_\_\_\_\_)

## ②紛争となることを認識した日

月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

## ③紛争発生日時 (患者がクレーム等を意思表示した日)

日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時

## ④事故発生日時 (紛争の原因となる医療行為等を施行した日)

日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時

場所： \_\_\_\_\_

## ⑤被事故者

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (事故当時)

住所： 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - - 職業 \_\_\_\_\_

## ⑥被事故者代理人

氏名： \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - - 職業 \_\_\_\_\_

被事故者との続柄 \_\_\_\_\_

⑦初診時傷病名： \_\_\_\_\_

⑧事故後傷病名： \_\_\_\_\_ ⑨生・死の別： \_\_\_\_\_

⑩事故の経過 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑪事故処理

⑫解剖の有・無

⑩の場合→解剖を奨めたが拒否した・解剖を奨めなかった

⑪の場合→司法・行政・( ) 解剖実施日： 年 月 日

主要所見：

⑬被事故者側の主張・要求

証拠保全申立 - されていない・された→ 年 月 日

調停申立 - されていない・された→ 年 月 日

訴訟申立 - されていない・された→ 年 月 日

賠償請求 - されていない・された(口頭を含む)→ 円

被事故者側の主張・要求内容

⑭医療機関側の見解

事故調査委員会の開催有無 開催した・開催していない→開催した場合は、委員会のまとめを添付してください。

現在のところ医療過誤が あったと思う ・ なかったと思う ・ わからない

以上の記載に相違ありません。

年 月 日 院長名

印

受付日 年 月 日

2017/1