**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:](TEL:０７５―２１２―８８７７)　　　－　　　　－　　　　FAX　　　　－　　　　－

次の通り事故の状況を報告します。

**①医療機関** 　　担当事務員名

医療機関名:　　　　　　　　　　　　　　　　地区　　　　　　　（役　職　名）

生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　医師免許取得日

当該医師（従事者）名　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　診療科名　　　　　　　年　　月　　日

（当該医師（従事者）の個人的な医賠責加入：あり・なし ありの場合→加入団体：　　　 保険会社名　　　　）

**②紛争となることを確認した日　　　　　　　③紛争発生日**（患者がクレーム等を意思表示した日）

月日：　　　　年　　月　　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: 　　　　　　　　　　男・女　　　　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**

無　の場合　→　解剖を奨めたが拒否した・解剖を奨めなかった

有　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の有無　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下さい

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

受付年月日　　　　年　　　月　　　日