



# 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

紹介者など \_\_\_\_\_

相談希望日 曜 日 \_\_\_\_\_ 曜日希望

時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃希望

## 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

年齢 \_\_\_\_\_ 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. どこで医療問題研究会をお知りになりましたか。 \_\_\_\_\_

7. これまでに当研究会に調査カード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. 今回の被害を受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. 被害にあつて結果現在は、

ア 死亡しました。( 年 月 日死亡)

死因については\_\_\_\_\_とされています。

解剖( しました・していません)

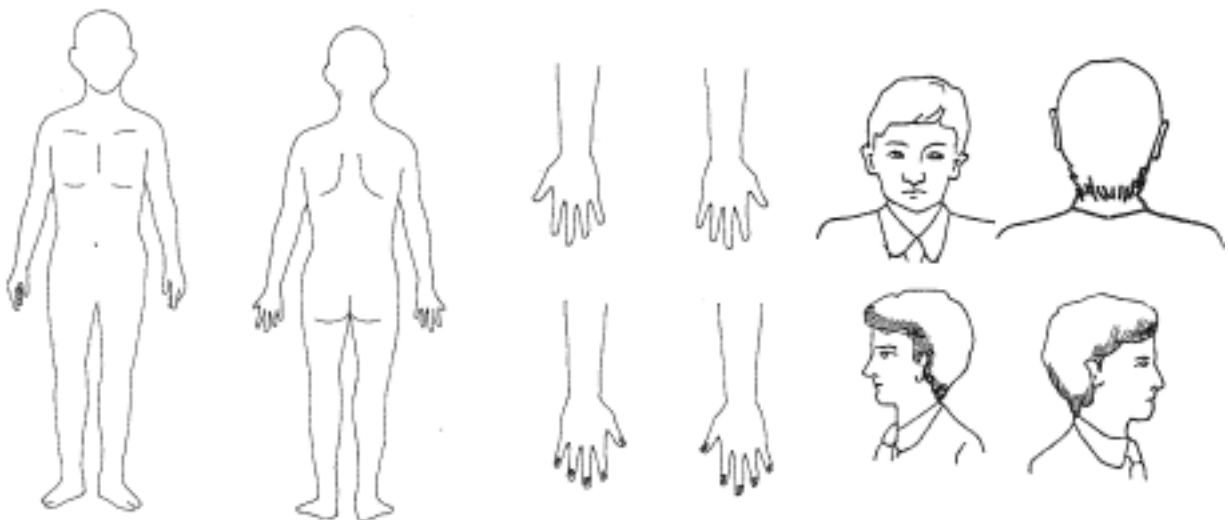
解剖の日時\_\_\_\_\_

解剖の場所\_\_\_\_\_

※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、半身麻痺また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) 耳が聞こえない・聴力の低下

iii) 腕・足・腰などの運動機能に障害

iv) 歯または口の中・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. 前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. 前記のよう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)

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・・・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詳しく書いて下さい。

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）どうになりましたか。

（注：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、あなたな承諾しましたか。

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 もらった薬または薬の袋

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、診断情報提供書

タ 薬剤説明書、処方箋

チ 当時の家計簿（ ）

ツ その他（ ）

（注 これらのもののうち現在手元にあるものについては、全て相談当日にご持参下さい。）

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

28. ご相談にいらっしゃる予定の人数をお教え下さい。 \_\_\_\_\_ 人

-----  
記入不要

※ 面談日 \_\_\_\_\_ 担当弁護士 \_\_\_\_\_