

11. その人の名前は () (男・女)
12. その人の生年月日と職業・勤務先は
(明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳)
(職業: 勤務先:)
13. 被害が起きたのはいつごろのことですか。
(年 月 日)
14. 被害の内容は、死亡ですか、それ以外ですか。(死亡・それ以外)
15. 死亡の場合→亡くなった日は (年 月 日)
死因は ()
解剖はしていますか。(解剖した・していない)
16. 死亡以外の場合→どの部位の被害ですか。○をつけて下さい。(いくつでも可)。
頭部・脳・脊髄・顔・首・内臓(肺・心臓・胃・小腸・大腸・腎臓・肝臓)
その他の臓器 ()
手・足・上半身・下半身・全身・眼・鼻・耳・口・鼻
その他の部位 ()
17. 死亡以外の場合→どんな被害ですか。○をつけて下さい(いくつでも可)。
また、具体的に書いて頂いても結構です。病名が分かればそれも書いて下さい。
痛み・手足などの運動機能の障害や麻痺・視覚や聴覚などの機能障害・内臓な
どの機能障害・意識障害・骨折・外形的な異常・その他

病名 ()

18. 死亡以外の場合→いまでも治療を続けていますか (はい・いいえ)
現在の治療はどこで ()
19. 死亡以外の場合→被害はその後改善されていますか。

(改善されている・変わらない・悪化している)

20. そのような被害を起こしたと思われる医療機関 (病院や診療所など) どこですか。

(名称: _____)

(住所: _____)

21. 担当医の名前は (_____ 科の _____ 医師)

22. その医療機関にかかったのは、いつからいつまでですか。

(_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

23. なぜその医療機関を選んだのですか。(近くて便利、評判が良かったなど)

24. なぜ受診したのですか。(痛み、不調などの受診理由)

25. それ以前に大きな病気になったり、手術を受けたことがありますか。

(ある・ない)

26. ある場合は、いつどんな (_____)

27. 問題の医療機関で見てもらって、どういう診断をされましたか。

病名:

28. そこでどういう治療をされましたか。順を追って、別紙へ簡潔に書いて下さい。

29. なぜこうした治療をするのか、医師はどう説明しましたか。

30. 被害が起きた原因について、医師はどう説明をしていますか。

31. あなたは、被害の原因はどこにあると思いますか。

32. そう考える理由はなんですか。

33. あなたが持っている資料に○をつけて下さい。(いくつでも可)

診断書・死亡診断書・診察券・領収書・カルテなどの写・レセプトの写・レントゲン
写真・母子手帳・当時の日記やメモ・医師の書いたメモや手紙

その他 ()

34. あなたは、相手の医師や医療機関と交渉したことがありますか。

(ある・ない)

35. 相手はどういう態度を示していますか。

36. あなたはこの問題を、どう解決したいと思っ
ていますか。考えているところに
○をつけて下さい。(いくつでも可)

- ・ 真実がどうであったか知りたい。
- ・ 病院／医師にきちんとした説明をして欲しい
- ・ 謝罪して欲しい。
- ・ 被害を金銭で補償して欲しい。
- ・ その他

37. あなたの家族は協力的ですか。

(はい・いいえ・どちらとも言えない・分からない)

38. あなたの家族構成(あなた以外)を書いて下さい。

あなたとの続柄	氏 名	年 齢

※記入事項は以上で終わりです。

