

相 談 票

1 相談者

ふりがな 氏 名		歳 男 ・ 女	職業
患者との関係	患者本人 ・ 患者の		
住 所	〒		
連 絡 先	自宅電話番号： ()	—	
	携帯電話番号： ()	—	
	Email アドレス：		
ご紹介者			

2 患者

ふりがな 氏 名		歳 男 ・ 女	職業
生年月日	年 月 日		

3 医療機関 (複数ある場合は、主な医療機関を下欄に書き、その他を別紙にご記入下さい。)

名 称			
所 在 地	〒		
診 療 科		担 当 医 師	

4 診療期間 (上記医療機関について)

初 診 日	年 月 日		
入 院	年 月 日～	年 月 日	
通 院	年 月 日～	年 月 日	

5 受診理由 (上記医療機関について、病名、症状等、紹介等)

9 その他

(1) 診療費はどうしましたか。

・自費 ・健康保険（組合名 本人・家族）

診療費支払金額（金 円）

(2) これまで大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

- ・無
- ・有（時期・疾患名等 ）

(3) 医療被害発生に原因はどこにあると考えますか。その理由は。

(4) 被害の発生後に相手方の医療機関や医師と話し合いをしたことがありますか。

- ・無
- ・有（ 年 月 日 相手方 ）

(5) 被害の発生について相手方の医療機関や医師からはどのように説明を受けましたか。

(6) 被害について他の医療機関で受診しましたか。

- ・無
- ・有（名称 ）
 （医師の説明 ）

(7) この件で他の相談機関などを利用したことがありますか。

- ・無
- ・有（名称 ）
 （回答要旨 ）