

(様式第2号)

# 医療事故紛争報告書

令和 年 月 日

埼玉県医師会長 金井忠男 様

会員氏名（ふりがな）	（ ）	
性別 年齢	男 ・ 女 歳 （大正・昭和・平成 年 月 日生）	
会員区分	県医師会： A ・ B ・ C	日医： A1 ・ A2B ・ A2C ・ B ・ C
自宅住所	〒	
	TEL：	FAX：
医療施設名称		
医療施設所在地	〒	
	TEL：	FAX：
届出科目（病床数）	（病床数 床）	
開設主体	1. 個人 2. 一人医師医療法人 3. 医療法人 4. 国公立 5. その他法人	
医療施設における地位		
従業員数（含院長）	医師（常勤 名、非常勤 名）看護師 名 准看護師 名	
	計 名 受付 名 助産師 名 放射線技師 名 その他 名	
主な医療機器		

## 略歴

年・月 ～ 年・月	主な学歴、職歴など
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
専門分野、資格等	
医師免許証	交付日 昭和・平成 年 月 日
医籍番号	

## 1. 患者

患者氏名（ふりがな）	( )		
性別 年齢	男 ・ 女 歳 （大正・昭和・平成 年 月 日生）		
住所	〒		
	TEL : FAX :		
職業		世帯主との関係	
医療費支出の種類	社保・国保・労災・自賠責・自費・健診・生保・その他		
初診時の病名		受診科目	
既往歴			
事故につながる 医療行為を行なった日	平成 年 月 日		
転帰、解剖の有無	死亡・後遺症・治療中・治癒・不明 解剖 : 有 ・ 無		

※関与者多数の場合、別紙に適宜記載し添付すること

## 2. 診療経過と事故発生時の状況 ※診療録等の写しを添付すること

（別紙報告も可ですが、ここにもその要約をご記入ください。）

年月日	時刻	臨床経過、症状、検査、診断、処置、手術、投薬、看護記録など

年月日	時刻	臨床経過、症状、検査、診断、処置、手術、投薬、看護記録など

### 3. 患者側への説明（患者側への説明内容など、ご記入下さい。）

年月日	時刻	患者側への説明内容など

※訴状等の写しを添付すること

[illegible][illegible]

## 5. 医師側の見解（反論）、その他参考事項（この範囲にまとめてください）

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

## 6. 医療行為に直接関与した医師、医療従事者（当事者たる会員自身を含む）

氏名			
日医会員区分			
職種（准看 等）			
役職名（外科部長等）			
雇用形態 （常勤、当直のみ）			
関与者複数の場合の 相互の関係			

## 7. 日医医賠責特約保険

特約保険への加入の有無	有	・	無
-------------	---	---	---

## 8. 日医医賠責任保険以外の保険契約

日医医賠責保険以外の保険契約の有無	有	・	無
-------------------	---	---	---

## ※契約がある場合

契約者	保険会社	保険の種類	保険金額

## 9. 産科医療保障制度について（該当する場合、以下に記入）

加入の有無	有（加入医療機関名 ）	無
「補償認定請求」の有無	有	無
補償金支払い開始の有無	有（その額： 金 又は 不明 ）	無

以上の記載事項に相違ないことを認めます。

令和                      年                      月                      日

郡市医師会長

印

この報告書は、医事紛争処理目的以外には、使用いたしません。  
一般社団法人埼玉県医師会会長

この報告書には、次の書類も添付してください。

1. 委任状
2. 診療録、診療情報提供書等の写し
3. 証拠保全・調停申立書・訴状等の写し
4. その他の参考資料の写し