

医事紛争報告書

〇〇県医師会長 様

平成 23 年 〇 月 〇 日

会員氏名(ふりがな)	〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇〇)		
性別、年齢など	①男・女 歳(大正、②昭和、平成 〇 年 〇 月 〇 日生)		
会員区分	県医師会: ③A・B・C	日医: ④A①・A②B・A②C・B・C	
自宅住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇-〇 電話 〇〇〇-〇〇〇〇		
医療施設名称	〇〇内科クリニック		
医療施設所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇		
	電話 〇〇〇-□□□□ FAX 〇〇〇-△△△△		
届出科目(病床数)	(病床数 〇 床)		
開設主体 (該当項目を○で囲む)	1. ⑤個人 2. 一人医師医療法人 3. 医療法人 4. 国公立 (5. その他の法人)		
医療施設における 地位(院長等)	院長		
従業員数(含 院長)	医師 〇 名	看護師 〇 名	准看護師 〇 名
計 〇 名	助産師 〇 名	放射線技師 〇 名	その他 〇 名
主な医療機器	上部、下部内視鏡、レントゲン、エコー、心電図		

略歴

年・月 ~ 年・月	主な学歴、職歴など
昭和〇・〇 ~ 昭〇・〇	〇〇医科大学卒業
平成〇・〇 ~ 平成〇・〇	〇〇大学大学院卒業
平成〇・〇 ~ 平成〇・〇	〇〇病院内科勤務
平成〇・〇 ~	〇〇内科クリニック開業、現在に至る
~	
~	
~	
専門分野、資格等	内科、消化器肝臓病、、内科認定医、消化器病学会認定医、消化器内視鏡学会専門医、肝臓専門医
医師免許証	交付日 昭和〇〇年〇月〇日 医籍番号 〇〇〇〇〇〇

1. 患者

患者氏名(ふりがな)	△△ △△ (△△△△ △△△△)		
性別、年齢など	①男・女 歳(大正②昭和、平成〇〇年〇月〇日生)		
住 所	〒△△△-△△△△ △△市△△町 △△-△ 電話 △△△-△△△△		
職 業	無職	世帯主との関係	本人
医療費支出の種類 (該当項目を○で囲む)	社保	③国保	労災 自賠責 自費 健診 生保 (その他)
初診時の病名	高血圧症・高コレステロール症	受診科目	内科
既往歴	無し		
事故につながる医療 行為を行った日	平成 22 年 〇 月 〇 日		
転帰、解剖の有無 (該当項目を○で囲む)	死亡	後遺症	④治療中 治療 (その他) 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

※診療記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
22	〇	〇		便秘、下腹部の張りが続く訴えがあり。以前大腸憩室、大腸ポリープ摘出の既往もあった。大腸内視鏡検査を勧めていたところ本人の同意が得られ検査を予定した。
22	〇	〇	△ △	大腸内視鏡検査を行った。RSに〇mm大のIspポリープを認め、スネアーポリペクトミーを施行した。出血無く、念のために〇個クリップを掛け終了。〇時間ほど安静の後、特に問題なく帰宅した。
22	〇	〇	△ △	朝より、下腹部の張り、痛みが出現し、排便がないとの連絡がありまもなく歩いて受診された。診察上腹部は平坦、軟で下腹部に局限して圧痛を認めたが、直腸診でも出血は見られなかった。腹部XP上フリーエアーはなく、血液検査でも貧血、炎症所見を認めなかった。そのため、投薬を行い経過観察をすることにした。
22	〇	〇	△ △	受付で会計中に気持ちが悪くなり嘔吐し、腹痛が増強した。そのため処置室ベッドに休んでもらった。しばらく経過観察したが改善が無いため病院へ紹介することにした。本人、家族の希望で〇〇病院、△△病院に問い合わせたところ満床とのことで断られたため、〇〇医療センターに問い合わせ、了解が得られた。
22	〇	〇	△ △	〇〇〇の来院を待ってタクシーで向かった。
22	〇	〇		CTで大腸穿孔と診断され同日緊急手術となった。RS部に〇cm大の穿孔部位があり、腹膜炎をきたしていた。直腸部分切除、S状結腸人工肛門造設、ドレナージを受けた。
22	〇	〇		経過良好で一旦退院に、しばらく後人工肛門閉鎖予定とのこと。

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
22	〇	〇		大腸内視鏡検査について説明。大腸内視鏡検査説明書のとおり。
22	〇	〇		大腸内視鏡検査後、ポリペクトミー後の説明。安静、運動、飲酒の禁止、腹痛、出血、発熱などに注意すること、症状変化時の連絡先確認。
22	〇	〇	△△	一旦診察終了時、症状は軽度で検査上も所見が無いので投薬で経過をみましょう。
22	〇	〇	午前	家人から穿孔しており緊急手術を受けたと連絡有り。遅発性の穿孔と思われる。
22	〇	〇	午後	本人へ、〇〇の手技がもとで手術に至り申し訳ないと連絡。
22	〇	〇	△△	〇〇〇へ、〇〇の手技がもとでこのような状況になり申し訳ないと連絡。

※訴状等の写しを添付すること

最初に主張、意思、感情表示を受けた日	平成 22 年 〇 月 〇 日
その方法 (該当項目を○で囲む)	口頭 ☒ 文書 ☐ 証拠保全 ☐ 調停申立 ☐ 訴訟提起 ☐ その他 ☐ (証拠保全の場合 その日付 年 月 日)
請求金額の提示の有無	☒ (金額 〇, 〇〇〇, 〇〇〇 + α 円) ☐ 無
請求者が患者自身でない場合、その氏名と患者との関係	
代理人の介在の有無	☒ (職業・氏名 弁護士 ☐ ☐ ☐ ☐) ☐ 無

[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。)

大腸の遅発性穿孔で当日検査中は穿孔させていない。腹膜炎症状がはっきりしたのは翌日午後からで、紹介のタイミングに遅れはないと思う。病院へ受診の際は救急車を呼んであげればよかった。

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	〇〇 〇〇		
日医会員区分	A1		
職種(准看 等)	医師		
役職名(外科部長 等)	院長		
雇用形態(常勤、当直のみ 等)	常勤		
関与者複数の場合の相互の関係			

7. 日医医賠償特約保険

※特約保険被保険者証の写しを添付すること

特約保険への加入の有無	①有 ・ 無
-------------	--------

8. 日医医賠償保険以外の保険契約

※保険証券の写しを添付すること

日医医賠償保険以外の保険契約の有無	①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
〇〇 〇〇	〇〇保険	医師賠償	100万円
			円
			円

9. 産科医療補償制度について （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： 円 又は 不明 ） 無

以上の記載事項に相違ないことを認めます。

平成 23 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。

社団法人○○県医師会会長

この報告には、次の書類も添付してください。

1. 診療録、診療情報提供書等の写し
2. 訴状等の写し
3. 保険証券の写し
4. その他の参考資料の写し

〈お願い〉 パソコン入力でご記入ください。