

ご相談内容

■ご相談される方

ふりがな		ご住所
お名前		〒(-)
E-mailアドレス		連絡先電話番号

■医療事故に遭われた方

あなたとの関係	ご本人・夫妻・子供・親・その他（ ）	
ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日（年齢 歳）	
住所	〒(-)	
ご職業		ご勤務先
機密保持	ご本人は、今回の相談について 知っている・知らない・わからない	

■医療機関(病院や診療所など)

医療機関の名称	所在地
	〒(-)
診療科名	担当医
受診のご理由	
治療期間	年 月 日から 年 月 日
医療事故の日付	年 月 日
医療事故の結果	死亡 ・ 後遺症残存

■亡くなられた場合

死亡年月日	年 月 日
解剖の有無	解剖した ・ 解剖していない 病理解剖 ・ 行政解剖 ・ 司法解剖

お名前	
-----	--

■後遺症残存の場合 ※治療中の方は治療終了後、ご相談ください。

医師による後遺症診断 有 ・ 無	
有りの場合	後遺障害等級 級
症状固定日 年 月 日	
具体的な障害	
被害後の治療および容態	

医療事故に関する医療機関の対応	
ご要望	<input type="checkbox"/> 損害を金銭賠償してもらいたい <input type="checkbox"/> 反省・謝罪してもらいたい <input type="checkbox"/> 真相を究明したい <input type="checkbox"/> その他 ()

診療経過について、時系列に簡単にお教え下さい。

日時	内容

お名前	
-----	--

日時	内容

■これまでの交渉・相談について

これまでの交渉 有 ・ 無	
交渉したことがある方	交渉相手： 交渉時期： 交渉結果：

他の弁護士への相談 有 ・ 無	
相談したことがある方	弁護士名： 相談時期： 相談結果：