

医療事故報告書

(地方医務(支)局、本省への報告書)

施設	名称			住所			
	電話				FAX		
	Eメール						
患者	氏名			住所	〒		
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	職業
事故の発生 日時・場所	医療行為名						
	日時	年	月	日()	時	分	
	場所						
診療経過	[以下の内容を詳細に記載する。]						
	① 初診時の状況(初診年月日)						
	② 初診時より事故発生までの経過						
	③ 事故発生の状況						
	④ 事故発生後の医療上の処置						
	⑤ 患者の転帰・今後の回復の見込み						
	⑥ 事故の発生原因						
	⑦ 事故を発見した日とその日を事故発見日とした理由						
患者側の意思 表示・感情等							
患者側のクレーム に対する 医師側の意見							
関係者	①医療行為の関与者・従事者氏名、職種						
	②事故当事者の賠償保険の加入の有無						
家族への説明							
警察への届出	届出の有無	有・無	届出日時	月	日()	時	分
今後の事故 防止対策	①						
	②						
	③						
備考							

(注) 紙面が不足する場合は、詳細な記載をした別紙を添付する。