

調査カード番号 H 年 第 _____ 号
 電話受付日 H 年 _____ 月 _____ 日
 調査カード発送日 H 年 _____ 月 _____ 日
 調査カード受付日 H 年 _____ 月 _____ 日
 事件配転日 H 年 _____ 月 _____ 日
 調査目的の架電日 H 年 _____ 月 _____ 日

第						号
班				班		

調査カード

一 住所氏名等

1 申請者

氏名 _____ (フリガナ) _____
 住所 〒 _____
 電話番号 _____ () _____
 勤務先名 _____
 勤務先住所 〒 _____
 上記電話番号 _____ () _____
 生年月日 _____ (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日
 年齢 _____ 才 _____ (男・女)
 被害者との関連 私は被害者です。 / 私は被害者の _____ です。

2 被害者 (申請者が被害者である場合には記入は不要です)

氏名 _____ (フリガナ) _____
 住所 〒 _____
 電話番号 _____ () _____
 生年月日 _____ (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日
 年齢 _____ 才 _____ (男・女)

3 連絡先 (時刻等も含め、もっとも確実な連絡方法をお知らせください)

二 医療事故の具体的内容

1 医療機関

医療機関名 _____
医療機関の住所 〒 _____
上記電話番号 _____ () _____
受診科目 _____
担当医氏名 _____

2 事故発生日月日 (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

3 被害結果 (どのような被害をうけましたか)

4 被害状況 (医療事故にあわれた経緯)

どのような経緯から被害を被り、その後どのようなようになったかを、時間の流れにそって、できるだけ簡潔明瞭に、別紙解答用紙にお書きください。

三 お申込の動機 (○印をつけてください)

ア 自分の納得のために弁護士の意見を聞いてみたい。あるいは、不安なので一度弁護士と相談したい。

イ 自分としては医療事故ではないかと考えており、もし医療事故に当たるのであれば何らかの救済手続きをとりたいと考えている。

ウ 現在、自分自身で医師側と被害救済について交渉中であるが、この際、弁護士に救済を求めたいと考えている。

エ その他 (_____)

四 連絡欄 (何かご希望がございましたらご記入ください)
