



法律相談票（医療事故）

年 月 日

この法律相談票は弁護士業務遂行および連絡等の事務ならびに利害相反関係の確認のために使用します。

フリガナ ご氏名			
住 所	〒 ー		
自宅電話	優先順位 ()	F A X	優先順位 ()
携帯電話	優先順位 ()		
職業 勤務先	TEL		優先順位 ()
電話の際 弁護士と名乗る ことの可否	可 ・ 不可 その他 ()	弁護士からの 郵送の可否	可 ・ 個人名なら可 ・ 不可 その他 ()
電話の際 弁護士と名乗る ことの可否	可 ・ 不可 その他 ()		
フリガナ 患者様ご氏名	※ご相談者が患者ご本人である場合は記載不要です。		
患者様生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日 (歳)	患者様性別 男 ・ 女 ・ その他
患者様からみた ご相談者との ご関係	親 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()		
相手方病院 ／診療科		担当医	
相手方病院 連絡先	〒 ー		
当事務所を どちらでお知り になりましたか	1. 友人・知人 () 2. 看板 (徳重駅 ・ 事務所前) 3. 弁護士ドットコム 4. ホームページ 5. 他所の法律相談 () 6. タウンページ 7. ご近所 8. 当事務所に相談・依頼したことがある 9. その他 ()		
取得した個人情報を事務所からのご挨拶や各種ご案内等の送付に利用させていただいてもよい場合は「○」をつけてください。()			

<p>これまでに大きな病気になるったり手術を受けたりしたことはありますか (本件を除く)</p>	<p>はい ・ いいえ 病名／手術名： 時期：</p>		
<p>食べ物や薬のアレルギーはありますか</p>	<p>はい ・ いいえ アレルギーの出る食品、薬品等：</p>		
<p>被害の結果患者様が亡くなられた場合</p>	<p>1. 死亡年月日： 年 月 日 2. 言われている死因： 3. 解剖： した ・ していない 4. 解剖結果： もらった ・ もらっていない</p>		
<p>被害の結果障害が残った場合</p>	<p>1. 植物状態 寝たきり 半身麻痺 意識に障害がある 2. 障害が残っている 具体的には ()</p>		
<p>被害の結果入院中の場合</p>	<p>入院先病院名 ()</p>	<p>被害の結果通院中の場合</p>	<p>月に () 回程度、通院</p>
<p>相手先病院に初めて行った日</p>	<p>年 月 日ころ</p>	<p>今回の件で相手方病院に初めて行った日</p>	<p>年 月 日ころ</p>
<p>今回相手方病院にかかった理由</p>			
<p>最初の診断名</p>			
<p>当初の説明(病名、回復の見込み等)</p>			

<p>被害を受けた経過 (診断、検査、手術、治療、投薬等主なものを、時系列でご記載ください)</p>	
<p>結果についての担当医・病院からの説明 (説明があれば具体的に)</p>	<p>時期： 年 月 日ころ 説明者： 内容：</p>
<p>あなたの考える被害発生の原因</p>	
<p>あなたの望む解決方法</p>	

※ カルテ、検査結果、同意書、入院説明書、診察券、障害者手帳、母子手帳、お薬手帳、解剖検査報告書、その他関連する資料は、法律相談表とともにコピーを事前にお送りいただくか、当日お持ちください。

※ 用紙が足りない場合は、他の用紙を使ってご記載ください。