

平成 年 月 日

福岡県医師会長 殿

医療機関名 _____

管 理 者 _____

福岡県医師会医療事故調査制度
「事故概要報告書」

- 1) 医療機関名 _____
- 2) 所在地 〒 _____
- 3) 管理者 _____
- 4) 病床数 _____ 床
- 5) 患者 _____ 歳 性別 男性 ・ 女性
- 6) 受診科 _____
- 7) 疾患名 _____
- 8) 既往歴 _____
- 9) 臨床経過と治療経過

(日時を追い順序だてて具体的に。なるべく、箇条書きに整理して記入する。)

どういった経緯で来院されて、入院・通院していたのか。
行なった医療行為や手術
容態が悪くなってから死亡に至るまで
簡単でかまいません。
提出いただいた後、疑問点については電話でヒアリングをさせていただきます。

10) 推定死亡原因

(例) 多臓器不全の疑い

11) 事務対応窓口

所 属 : _____

氏 名 : _____

連絡先 : _____