令和　　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。）

10）推定死亡原因

11）事務対応窓口

　　所　属：

氏　名：

連絡先：