

秘

医療事故相談・受付票

記入日： 平成 年 月 日 北口雅章法律事務所 (FAX : 052-950-2633)

■ [ご相談者]について

お名前：
ふりがな

住 所：〒

—

電話番号：

■ [患者さん]について

お名前：
ふりがな

(続柄, ご相談者とのご関係 :)

生年月日：

年

月

日 (

歳)

■ [医療機関] : 医療事故を起こしたと思われる施設等について

施設名：

医師名：

(診療科目：

科)

■ 患者さんの現在の状況・容態は？

■ あなたは、どのような医療措置が原因だとお考えですか？

■ その他、弁護士に、予めお話ししておきたいこと
