

支 援 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

鹿児島市医師会医療事故調査制度サポートセンター 御中
FAX 099-223-0610

医療施設名

所在地

管理者氏名

連絡先 TEL

FAX

当院管理者は、貴センターに対して、医療事故調査制度に係る相談、助言を求めます。
なお、貴センターが医療法第6条の11第2項の支援団体ではないことは了解しています。

1. 相談・助言を求めたい事項

医療法第6条の10第1項「医療事故」に当たるかどうか

※「医療事故」該当性の有無は最終的には当院管理者が判断しなければならないことは了解しております。

その他（以下に具体的にお書きください）

2. 「医療事故」に当たるか否かの判断のための情報

(1) 死亡日時 年 月 日

(2) 死亡場所

(3) 死因（死亡診断書記載）

(4) 提供した医療

(5) 医療提供前の「死亡の予期」についての説明の有無（有・無）

(6) 医療提供前の「死亡の予期」についてのカルテ記載の有無（有・無）

3. 顧問弁護士の有無（有・無）

※支援申込書の受理後、改めてサポートセンターからご連絡いたします。