

## 医療事故情報【別に定める書式】

公益財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故防止事業部 御中

当医療機関において、「医療事故情報として報告する範囲」に該当する事例が発生いたしました  
が、下記の理由により所定の方法にて報告できないため、書面にて報告を行います。

西暦 年 月 日

医療機関名 印

施設長名

所定の方法で報告できない理由（該当する項目に○）

1. 事例の報告に先立ち患者が当事業部に事例を報告することを拒否した場合
2. システムトラブル等で所定の方法で報告できない場合
3. その他報告を阻む特段の理由がある場合

※本報告書による報告は、仮の報告です。理由1の場合には45日以内に、理由2・3の場合はWebでの報告ができるようになり次第速やかに所定の報告をお願いいたします。

【1】次の項目を選択してください。（必須）

発生年 ( )年
発生月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月
発生曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
曜日区分 <input type="checkbox"/> 平日体制 <input type="checkbox"/> 休日・祝日体制
健康被害の程度 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が高い <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が低い <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性なし <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
事例発生後、追加的に行った治療の程度 <input type="checkbox"/> 濃厚な治療 <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 不明
事例の概要 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【2】理由2、3の場合、所定の報告が難しい状況を記載してください。



公益財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故情報収集等事業

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル  
TEL: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)

本報告書で提出いただいた情報は、安全かつ適正に管理させていただきます。また、本報告書をご提出後に所定の報告がない場合は、事務局から問い合わせることがあります。