

医療事故事例報告書（仮報告書）

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

当医療機関に於いて報告すべき医療事故事例が発生いたしました。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

事例特定番号 (同一報告日で複数の事例がある場合)

所定の方法で報告できない理由（該当する項目に○）

1. 本事例の報告書に関して患者の同意が得られていない
2. システムトラブル等で Web にての報告ができない
3. その他

1 の場合、次の項目の記載を行ってください。（必須）

発生年						
<input type="checkbox"/> 前年	<input type="checkbox"/> 当年					
<input type="checkbox"/> それ以前（ ）年を4桁で記入						
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	<input type="checkbox"/> 休日・祝日					
事故の程度						
<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（ ）				
事故の治療の程度						
<input type="checkbox"/> 濃厚な治療	<input type="checkbox"/> 軽微な治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明			
事故の概要						
<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（ ）			
特に報告を求める事例						
<input type="checkbox"/> 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	<input type="checkbox"/> 院内感染による死亡や障害					
<input type="checkbox"/> 患者の自殺又は自殺企図	<input type="checkbox"/> 入院患者の失踪	<input type="checkbox"/> 患者の熱傷	<input type="checkbox"/> 患者の感電			
<input type="checkbox"/> 医療施設内の火災による患者の死亡や障害	<input type="checkbox"/> 間違った保護者の許への新生児の引渡し					
<input type="checkbox"/> 本事例は選択肢には該当しない						

2、3の場合、現状や理由の記載を行ってください。

以上相違ありません。

尚、1の理由の場合には45日以内に、2・3の理由の場合はWebでの報告ができるようになり
しだい速やかにWebによる所定の報告をいたします。



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 10F
TEL: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)

本申請書にてお預かりした個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、
安全かつ適正に管理させていただきます。