

# 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業申請書

一般社団法人日本医療安全調査機構 事務局 宛て

平成      年      月      日

医療機関	名称: <span style="float: right;">診療科:</span>
	住所: 〒
	電話:
	当該事案に関係した医師氏名・出身校・医局(全員記載のこと):
連絡窓口	担当医氏名: <span style="float: right;">連絡先(電話):</span>
	事務担当者氏名: <span style="float: right;">連絡先(電話):</span>
患者	(フリガナ) 氏名: <span style="float: right;">性別:    男    女</span>
	生年月日: 明大昭平                  年                  月                  日生 (満                  歳)
	住所: 〒
	(生後30日以内の死亡は出生時刻): 午前・午後                  時                  分
死亡日時	平成      年      月      日    午前・午後                  時                  分
遺族	(フリガナ) 代表者氏名: <span style="float: right;">続柄:</span>
	住所: 〒
	電話(連絡先):
警察署	届出      有 (所轄警察署:                  )      無
特記事項等	

(注)この様式及び「事例概要・暫定版」については調査受付窓口へ電話連絡の上、Faxし、送信後も電話にてご確認ください。その際、次の①、②についてご注意ください。

- ①医療機関の管理者及び遺族が「モデル事業調査依頼取扱規程」に同意していること。**遺族の同意書もあわせて提出すること。**あわせて提出できない場合は特記事項欄に理由を付記すること。
- ②「モデル事業調査依頼取扱規程」に基づき、事案発生直後の状態を保全すること。

**【事例概要・暫定版】**

記載者名：

<臨床診断と治療経過>

<既往歴>

<推定死亡原因>

<死亡前後の状況、死亡までの経過>※時系列で記載してください