（別添１）

令和　　年　　月　　日

宮崎県医師会医療事故調査支援委員会委員長　殿

医療機関住所：

医療機関名：

医療機関管理者職・氏名：

連絡責任者職・氏名：

連絡先電話番号：

メールアドレス：

「予期せぬ死亡事故(疑い)」発生報告書

記

１　医療事故調査・支援センターへの医療事故発生報告について

（ 　）報告事例の判断に迷っている

（ 　）これから報告する

（ 　）報告済み（医療事故報告票センター報告日　令和　　年　　月　　日）

　　　　※報告済みの場合は、医療事故報告票（様式１）を添付してください。

２　病理解剖・死亡時画像診断（Ａｉ）の検査依頼と検査依頼への支援について

・解剖　( 済 ・ 未 )　　未 の場合、検査依頼への支援（　要　・　否　）

・Ａｉ　( 済 ・ 未 )　　未 の場合、検査依頼への支援（　要　・　否　）

３　院内事故調査委員会の設立に関して

　（ 　）院内協議（医療安全管理委員会等）を稼働させている

　（　 ）院内協議も開催していない

４　遺族等への説明

（ 　）通常の説明済み

（ 　）通常の説明を今から行う

（ 　）簡単な説明だけなので、詳細説明時に支援要請する

（ 　）まだ混乱して説明していないので、支援を要請する

　　　 予定日時：令和 　　年　　 月 　　日　　 　時頃

５　患者情報

　　　氏　名（　　　　　　　　　　　　　）

　　　性　別 ( 男 ・ 女 )

　　　年　齢　　　　　歳　　(生年月日　大･昭･平･令　　年　　月　　日)

　　　□外来一般受診中　　□入院中　　□救急外来　　□その他（　　　　　　　）

６　医療事故(疑い)状況

　　医療事故(疑い)の状況を、現時点で把握している範囲で記載してください。

　　調査により変わることはありますので、不明な事項については不明と記載して

　　ください。

　・起因した医療（疑いを含む）を行った日時

　令和　　年　　月　　日　　　時　　分

　・死亡した日時　　　令和　　年　　月　　日　　　時　　分

　・発生関連診療科

　・発生場所（複数回答可）

* 外来診察室　□外来待合室　□救急外来　□病室　□病棟処置室
* 手術室　　　□検査室　　　□透析室　　□分娩室・陣痛室
* トイレ　　　□廊下　　　　□浴室　　　□階段　□機能訓練室
* 放射線関連室　　　　　　　□ICU □CCU □NICU
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・疾患名　１

　　　 ２

 ３

　・発生時の実施医療行為と目的

（医療事故(疑い)の原因が医療行為によると考えられるとき）

※時系列で詳細を記載してください（別紙可）。医療提供前の患者、又は家族に対する説明内容も含みます。