【医療書式２－①】

医 療 事 故 調 停 申 立 書(患者側)

札幌弁護士会紛争解決センター　御中

年　　(札紛)第　　号　(医第　号)

<table>
<tr><td colspan="2">申立年月日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申立人</td><td>住　所(〒　　－　　)

氏　名　　印

ＴＥＬ　(　　)　　－
職　業　　年　齢
申立人と医療事故の患者との関係(□にレ点でご記入下さい)
□患者本人　　□患者の親族・法定相続人
＊申立人が複数いる場合には、別紙をご利用下さい。</td></tr>
<tr><td>【死亡事故の場合】
亡くなられた方のお名前：
生　　年　　月　　日：
亡くなられた日：
最後の住所地：</td></tr>
<tr><td>代理人</td><td>住　所　〒

氏　名
TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="4">相手方</td><td>(医療機関名)
住　所　〒

氏　名（法人名・代表者名）

TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>(医師名・診療科目)</td></tr>
<tr><td>(看護師名・診療科目)</td></tr>
<tr><td>(相手方との事前交渉がある場合には、事務担当者の氏名)

＊相手方とする医師・看護師が複数いる場合には、別紙をご利用下さい。</td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類　□　紹介状　□　資格証明書　□　委任状
□　患者・全法定相続人の戸籍・除籍謄本等(患者死亡の場合)
□　証拠書類　　通</td></tr>
</table>

１．申立ての趣旨（相手方に求める結論）

□　相手方に〔□　（金　　）円　　□　相当額〕の支払を求める。

□　その他

２．事故発生年月日

年　　月　　日

３．問題となる医療行為(担当した医師名・看護師名・診療科目を明記して下さい)

４．被害結果・後遺障害の有無等

５．相手方との事前交渉の有無・内容

６．相手方医療機関の前後に受診した医療機関がある場合には、その医療機関名・診療行為を行った医師名・看護師名を明記して下さい。

７．紛争の概要
（申立人が主張する医療事故の概要を時間の流れに沿って、簡潔・明瞭に記載して下さい。なお、この申立書は相手方にも写しを送付することにご留意下さい。）

年月日	事　　実

年月日	事　　実

※　上記枠内に記載しきれない場合には、適宜、別紙をご利用下さい。