

院 長	副 院 長	看 護 部 長	事 務 長	担 当

死亡患者報告

医師 記入欄 (記入日 . . .)

患者氏名		住 所	
患者 ID		死亡年月日	
医療の起因について			
A	<input type="checkbox"/> 原病の進行 <input type="checkbox"/> 併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)		
	<input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火災・災害等		
B	<input type="checkbox"/> 診察 徴候、症状に関連するもの		
	<input type="checkbox"/> 検査等(経過観察含む) 検体検査、生体検査、診断穿刺・検体採取、画像検査に関連するもの		
	<input type="checkbox"/> 治療(経過観察を含む) 投薬・注射(輸血含む)、リハビリテーション、処置、手術(分娩含む)、麻酔、放射線治療、医療機器の使用に関連するもの		
	<input type="checkbox"/> その他(以下のような事案) 療養、転倒、転落、誤嚥、患者の隔離・身体的拘束/身体抑制		
死亡の予期について			
C	<input type="checkbox"/> 死亡が予期されることについて、本人・家族に説明していた		
	<input type="checkbox"/> 死亡が予期されることについて、診療録等に記載していた		

担当 記入欄 (記入日 . . .)

評価	
<input type="checkbox"/> Aにチェックあり	医療事故調査制度の対象外の死亡
<input type="checkbox"/> B、Cにチェックあり	
<input type="checkbox"/> Bのみにチェックあり (Cにチェックがない)	医療事故調査制度の対象の可能性のある死亡 (医療事故調査委員会の設置)
備 考	