

FAX : 0120-935-940

受付番号	US- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (会社記入欄)
事故番号	

【美容医療賠償責任保険専用】 事故受付シート

(ご報告者様へお願い) ・医療調査を実施することがありますので、事故後速やかなご報告をお願いします。 ・事故報告が遅延し、事故の発生状況が明らかでない等の場合には保険金の支払ができない場合があります。また、賠償金の支払に関して当事者間での約束はなさないようお願いいたします。	受付者名	
	責任者	

《太枠内のみご記入ください》

事故受付日	年 月 日 時 分	報告者名	
事故報告者	<input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> その他 ()	連絡先 (電話)	
証券番号		保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療施設	フリガナ () 名称	住所	都・道 市・区 府・県 郡 Tel Fax
担当医名		施術者名 (※)	(※) 医師・歯科医師・看護師・ 歯科衛生士など、法令に定める資格 を有している者に限ります。
手術または 処置名		施術区分 1・2	施術年月日 年 月 日
クレーム 内容	クレーム受付 年月日	年 月 日	
	具体的な クレーム内容		
患者	【お願い】 ・個人情報保護の観点より、患者様から情報開示の同意を得られない場合は、この欄は記入できません。 ・患者様が個人情報漏洩で医院を訴える恐れがあります。 ・そのための措置ですので、ご理解のほどお願いいたします。		
クレーム 申立人			
クリニック の見解およ び今までの 対応	クレーム の原因に ついて	・今回のクレームに関して、医療過誤であると思われますか (はい・いいえ) ・クレームの原因について、あてはまる番号すべてに○印をお願いします 1. 施術のミス 2. 指示命令のミス 3. 技術不足 4. 施術知識の不足 5. 設備・機械の不具合 6. 患者の主観的な不満 7. その他 ()	
	施術前の 対応につ いて	・インフォームドコンセントによる患者の意思確認をしましたか (はい・いいえ) ・カウンセリングタイムは十分にとりましたか (はい・いいえ) ・医師として推奨できない施術を患者が望みましたか (はい・いいえ) ・施術前に、施術に失敗例もあることを説明しましたか (はい・いいえ) ・施術の流れ・内容・ダウンタイム (施術～回復までの期間) 等について説明しましたか (はい・いいえ) ・施術後のケアについて説明しましたか (はい・いいえ) ・万が一失敗した時のケアについて患者に説明し、同意を取り付けましたか (はい・いいえ) ・施術の際は、担当医師が直接施術をしましたか (はい・いいえ) ・マシンを使う施術の場合、施術時のメーカー推奨値やガイドラインを守りましたか (はい・いいえ) ・使用した「薬剤のすべて」「高度管理医療機器クラスⅣに該当する機器 (ヒアルロン酸、 コラーゲン、縫合糸など)」は各国の医薬品監督行政機関の許可を受けていますか (はい・いいえ)	
	施術時・ 施術後の 対応につ いて	・施術時、患者に不安な様子が見られた場合、施術を中止しましたか (見られなかった・はい・いいえ) ・施術に何らかの落ち度があったと思われる場合、患者にそのことを伝えましたか (はい・いいえ) ・患者からクレームがあった時に即対応しましたか (はい・いいえ) ・患者からの金銭要求はありましたか (はい・いいえ) ※金銭を含め何らかの要求があった場合は、あてはまる番号すべてに○印をお願いします 1. 施術費用の返還 2. 賠償金 3. お見舞金 4. 休業補償金 5. 謝罪文や念書の提出 6. その他要求 () ※金銭賠償した場合は該当番号に○印の上、金額を記入 → 1・2・3・4・6 (円)	
当社の対処策に 対する要望	1. 患者への対応についてアドバイスして欲しい 2. 医療過誤の有無を判断して欲しい 3. 弁護士を紹介して欲しい ※事前に当社の承認が必要 4. その他 ()		