年　　　月　　　日

**あゆみ法律事務所相談用紙**

**■　相談を申し込まれるあなたご自身について**

　　ふりがな

　○お名前：

○ご職業：

○生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日　（ 　　　　歳 ）

　○続柄（患者さんとあなたの関係）

　　[ ] 本人　[ ] 夫　[ ] 妻　[ ] 父　[ ] 母　[ ] 祖父　[ ] 祖母　[ ] 兄弟姉妹（　　　　　）

[ ] その他（　　　　　　　）

**■　あなたの連絡先（弊事務所から連絡してよい連絡先を記入して下さい）**

○住所　　〒

○電話

○携帯

○ＦＡＸ

○メールアドレス

○携帯アドレス

**■　患者さんについて（あなたが患者さんご本人でない場合のみご記入下さい）**

　　ふりがな

　○お名前：

○ご職業：

○生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日　（ 　　　　歳 ）

　○住所：　[ ] 私と同居しています　・　[ ] していません

（同居していない場合は、患者さんのご住所を以下にご記入下さい）

〒

現在の患者さんの状態

　[ ] 亡くなりました。

→死亡日：　　　　　年　　　　月　　　　日

死亡診断書記載の死因：

　　　解剖の有無：　[ ] あり　・　[ ] なし

　[ ] 治療中です。

→受診先：　　　　　　　　　　　　　　　　に　入院中・通院中

　[ ] 治療はしていません。

○患者さんの現在の病状や障害の部位

**■　相手となる医療機関について**

○名称：

○所在地：　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・町・村

○主な担当医の名前：　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　科）

**■　あなたは、いつ頃の、どのような診療行為について、疑問に感じていますか？**

○疑問に思う診療行為の内容

　　　（実施時期：　　　　　年　　　　月　　　　日）

**■　現在お持ちの資料は何かありますか？（あれば、お持ちください。）**

　[ ] カルテの写し　　[ ] レセプトの写し　　[ ] 診断書　　[ ] 死亡診断書　　[ ] 解剖記録　[ ] 母子手帳　　[ ] 診察券　　[ ] 保険証　　[ ] 医師・医療機関からの手紙　　[ ] 投薬証明書　[ ] もらった薬又は薬の袋　　[ ] 身障者手帳・愛護手帳　　[ ] 入院診療計画書

[ ] 手術、検査同意書　　[ ] 紹介状、診療情報提供書　　[ ] 薬剤説明書、処方箋

[ ] 当時の家計簿

[ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**■　その他**