

相 談 票

医療問題弁護団

|    |    |   |
|----|----|---|
| 通番 | 年番 | — |
|----|----|---|

受付日 20 年 月 日

1 相談者（20 年 月 日記入）

|                    |    |            |
|--------------------|----|------------|
| フリガナ<br>氏 名        | 職業 | 歳<br>男 . 女 |
| 患者のとの関係 患者本人 . 患者の |    |            |
| 住 所 〒              |    |            |
| TEL                | —  | FAX —      |
| 連絡先 〒              |    |            |
| TEL                | —  | FAX —      |

2 患 者

|             |    |            |
|-------------|----|------------|
| フリガナ<br>氏 名 | 職業 | 歳<br>男 . 女 |
| 生年月日 年 月 日  |    |            |

3 医療機関（複数ある場合は、主な医療機関を下欄に書き、その他を別紙に）

|       |
|-------|
| 名 称   |
| 所在地 〒 |
| 診療科   |
| 担当医師  |

4 診療期間（上記医療機関について）

|     |   |   |           |
|-----|---|---|-----------|
| 初診日 | 年 | 月 | 日         |
| 入 院 | 年 | 月 | 日 ~ 年 月 日 |
| 通 院 | 年 | 月 | 日 ~ 年 月 日 |

5 受診の理由（上記医療機関について、病名、症状など、紹介者など）

|  |
|--|
|  |
|--|







## ホームページに関するアンケート

医療問題弁護団（2010. 2. 22 作成）

ホームページでの情報提供の改善を目的としてアンケートのお願いをしています。以下の質問にご回答をお願いします。

- ① あなたは、どのようにして医療問題弁護団を知りましたか。  
（ ）内には、具体的にどこ（何）かご記入ください。
- 1 医療問題弁護団ホームページ
  - 2 1以外のインターネット上の情報（ ）
  - 3 行政機関の紹介・情報提供（ ）
  - 4 知人（家族・友人）の情報提供
  - 5 弁護士の紹介・情報提供
  - 6 他の団体の紹介・情報提供（ ）
  - 7 その他（ ）
- ② 今回の相談依頼前に、インターネットで医療問題弁護団のホームページを見ましたか。
- 1 見た →③の質問へ
  - 2 見ない →④の質問へ
- ③ （2で見たと回答した方への質問です。）
- ③－1 相談依頼を決めるにあたりホームページ上の情報は十分でしたか。
- 1 十分だった
  - 2 不十分だった
- ③－2 どのような点が、十分あるいは不十分でしたか（自由回答）。
- ③－3 他の医療事故を扱う弁護団や法律事務所のホームページを見て、比較しましたか。
- 1 比較した
  - 2 比較しない
- ③－4 （1 比較した と回答した方へ）どの点を比較しましたか（自由回答）。
- ④ 医療問題弁護団のホームページで可能な情報提供をしたいと考えています。どのような情報があったら良いか、ご要望をお教え下さい（自由回答）。

ご協力ありがとうございました

## 個人情報の取扱いについて

〒175-0083 東京都板橋区徳丸3-2-18  
まつどビル 202 きのした法律事務所内  
医療問題弁護団 代表 弁護士 安原 幸彦

相談者の方が医療問題弁護団に送付された相談内容、担当弁護士の聴取内容及びその後の依頼内容・事件処理状況は、相談者や相談者のご家族（以下、「相談者ら」という）の個人情報です。

当弁護団は、平成17年4月1日施行の個人情報保護法の趣旨を尊重し、相談者らの個人情報の取扱いについて、以下のとおり、ご通知いたします。

### 1 相談者らの相談内容

医療問題弁護団は、相談者の方からの相談票等による相談申込み及び担当弁護士の聴き取りに基づき、

- ① 相談者の氏名、職業、年齢、住所、電話番号等の基本的情報
- ② 医療被害にあった患者の氏名、職業、年齢等の基本的情報
- ③ 医療被害を受けた医療機関の名称、所在地、診療科、担当医師名
- ④ 当該患者の診療期間
- ⑤ 当該患者の受診の理由
- ⑥ 医療被害の内容
- ⑦ 手持ち資料
- ⑧ 当該患者の受けた診療の経過と内容
- ⑨ そのほか、医療被害に関わる諸事情

等の情報を入手し、取り扱います。

### 2 相談者らの依頼内容とその後の事件処理状況

相談案件によって、相談者らが担当弁護士との間で委任契約を締結し、証拠保全等調査、請求、訴訟等を依頼することがあります。

医療問題弁護団は、担当弁護士を通じ、相談者らの依頼内容とその事件処理状況に関する情報を入手し、取り扱います。当弁護団は、担当弁護士に対し、事件処理の段階に応じて報告を求め、その報告の際には、事件処理に関する書面（訴状、示談書、和解調書、判決書など）の提出を受けています。

### 3 利用目的

(1) 1記載の情報の利用目的は、

- ①「相談業務のため」
- ②「医療問題弁護団内で、弁護団所属の弁護士間で相談事案・解決事案を検討し、適切な事件処理を行うため」
- ③「医療問題弁護団の依頼する協力医に相談案件を把握してもらい、適切な助言を得るため」

です。

(2) 2記載の情報の利用目的は、

- ①「当弁護団として、相談案件処理状況を把握するため」
- ②「医療過誤訴訟解決例の分析と対外的報告のため」

です。

### 4 第三者への個人情報提供

上記3(1)③及び同(2)②の利用目的は、第三者への個人情報提供に該当することがあります（相談者の方の住所・氏名については、匿名化の措置を講じます）。

相談者らにおいて、この第三者への個人情報提供にご同意いただけない場合は、その旨、当弁護団事務局又は担当弁護士にお申し出ください。その際、相談自体をお断りすることがあります。

### 5 開示・訂正・利用停止等の申し出先

以下の相談窓口までご連絡ください（事務局担当 前島）。

電話番号：03-6909-7680 FAX 番号：03-6909-7683

本書面の交付を受け、内容を理解しました。

平成 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ 印