

医療安全管理に関する通報・相談シート

通報年月日	年 月 日 ()	
通報・相談者 氏名	氏 名 :	
	所 属 :	
通報・相談の 受理・調査 結果等 の連絡先 (いずれか)	電 話 :	
	F A X :	
	E-mail :	
	住 所 :	
	その他 :	
通 報 ・ 相 談 内 容		
証拠書類等の 有無	有 / 無	書類等の内容:

- ※ 情報提供者が、情報提供をしたことで不利益な取り扱いを受けることはありません。
- ※ 匿名による通報・相談の場合も受け付けますが、調査結果等の通知ができない、又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります。
- ※ 「通報・相談内容」欄には、例えば、「いつ」「どこで」「どのように」「どのような理由で」医療安全への疑義が生じ、又はまさに生じようとしているか等、対象となる事実を分かる範囲でご記入ください。
- ※ 「証拠書類等」とは、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報・相談内容における事実の証拠となる物品を含みます。通報・相談の際には、これらのものも提出願います。