**事情説明書（労災・医療過誤）**

法務メディカルセンター　御中

貴社に医療鑑定を依頼する患者名　　　　　　　　　の件について以下のとおりご説明します。

申込者

|  |  |
| --- | --- |
| １、事故の状況 | 事故日　　　　年　　月　　日 |
| 事故態様（労災事故の場合、患者様の身体への衝撃の程度が分かるようにご説明ください。医療過誤の場合、医療過誤の内容が分かるようにご説明ください。） |
| ２、通院状況※医療過誤の場合、記入不要 | 病院名　　　　　　　　　　　　傷病名　　　　　　　　　　　　通院期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日治療日数　　　　日　手術日　　　　　　　日（手術名　　　　　　　　　） |
| 病院名　　　　　　　　　　　　傷病名　　　　　　　　　　　　通院期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日治療日数　　　　日　手術日　　　　　　　日（手術名　　　　　　　　　） |
| 病院名　　　　　　　　　　　　傷病名　　　　　　　　　　　　通院期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日治療日数　　　　日　手術日　　　　　　　日（手術名　　　　　　　　　） |
| 病院名　　　　　　　　　　　　傷病名　　　　　　　　　　　　通院期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日治療日数　　　　日　手術日　　　　　　　日（手術名　　　　　　　　　） |
| 病院名　　　　　　　　　　　　傷病名　　　　　　　　　　　　通院期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日治療日数　　　　日　手術日　　　　　　　日（手術名　　　　　　　　　） |
| ３、治療・症状の経過※医療過誤の場合、記入不要 | （手術の有無・内容、症状の発症時期とその経過が分かるようにご説明ください） |
| ４、症状固定時の自覚症状※医療過誤の場合、記入不要 | （画像所見と症状固定時に残存する自覚症状の整合性を鑑定するため、症状固定時に残存する自覚症状を出来る限り具体的かつ明確にご記載ください）例：ⅰ左頸部、左肘外側から左小指までの連続した痺れ　　ⅱ左大腿部側面から同下肢ふくらはぎに至る痺れ、及び知覚の鈍麻 |
| ５、争点 | （争点、相手方（労働者）の主張、当方の主張等を簡単にご説明ください） |
| ６、その他 | （その他ご希望等がございましたらご記載ください） |