

院長	副院長	事務部長	看護部長	医療安全管理室長	医療安全管理係長

下志津病院死亡退院患者報告

平成 年 月 日

1. 患者ID:	「医療」(下記に示したものに起因し、又は起因すると疑われる死亡) ○診察 - 徴候、症状に関連するもの ○検査等(経過観察を含む) - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像診断に関連するもの ○治療(経過観察を含む) - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分婍含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○その他 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの
2. 患者氏名:	
3. 年齢:	
4. 性別:	
5. 主病名:	
6. 死亡診断書の直接死因:	
7. 入院年月日:	
8. 退院日:	
9. 死亡時刻:	
10. 死亡の原因	
①原病・合併症による死亡	
②偶発症による死亡(提供した医療に関係ない偶発的に生じた疾患)	
③自殺	
④火災は地震・落雷等天災によるもの	
⑤院内で発生した殺人・傷害致死等	
⑥上記以外の死亡(右欄参照)	
11. 主治医コメント【氏名 _____】	
<input type="checkbox"/> 原病・合併症の進行により死亡した。	<input type="checkbox"/> その他※詳細は下記に記入。
(_____)	(_____)
12. 診療科責任者コメント【氏名 _____】	
<input type="checkbox"/> 患者のカルテ記載内容から、原病・合併症の進行により死亡した。	<input type="checkbox"/> その他※詳細は下記に記入
(_____)	(_____)
13. 看護師長コメント【氏名 _____】	
<input type="checkbox"/> 患者の死亡に関して家族からの疑問・クレーム等はなかった。	<input type="checkbox"/> その他※詳細は下記に記入
(_____)	(_____)



※主治医と看護師長が責任をもって退院後、3日以内(休日を除く)に医療安全管理係長へ提出する。

14. 医療安全管理委員会意見	事例検討	要	・	不要
-----------------	------	---	---	----

意見:

(_____)

※添付書類 入院診療計画書 死亡が予期されていることを説明した記録
 死亡診断書 死亡時の説明と遺族の反応 その他(_____)

追加コメント:

(_____)

※当院を転院・退院後、短期間のうちに死亡した症例も含める。