

医療安全管理に関する内部通報シート

| | | | |
|---------------|---------------------------------|-------------------------|--|
| 通報年月日 | | | |
| 通報者(氏名・所属・職名) | (・匿名)※ | | |
| 連絡先 (いずれか) | 電話(自宅・職場・携帯) | メール(自宅・職場) | |
| | Fax(自宅) | 郵送(郵送先) | |
| 通報内容 | 通報対象者(氏名・所属・職名) | | |
| | 通報対象事実 | (生じている・生じようとしている・その他) | |
| | いつ | | |
| | どこで | | |
| | 何を | | |
| | どのように | | |
| | 何のために | | |
| | どのような疑義が生じたのか | | |
| | 特記事項 | | |
| 証拠書類等の有無 | 有／無 | 書類等の内容 (電子媒体その他を含む。) | |
| 調査結果等の通知 | (希望する・希望しない) 匿名での通報の場合は通知できません。 | | |

※ 原則として氏名・連絡先を明らかにした上で通報してください。匿名の場合は、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。また、調査結果等の通知はできません。