

FAX : 0120-935-940

受付番号	US- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (会社記入欄)
事故番号	<input type="text"/>

【美容医療賠償責任保険専用】 事故受付シート

(ご報告者様へお願い) 医療調査を実施することがありますので、事故後速やかなご報告をお願いします。
 ・事故報告が遅延し、事故の発生状況が明らかでない等の場合には保険金の支払ができない場合があります。また、賠償金の支払に関して当事者間での約束はなさないようお願いします。

《太枠内のみご記入ください》

事故受付日	2 年 月 日 時 分	報告者名	<input type="text"/>
事故報告者	<input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> その他 ()	連絡先 (電話)	<input type="text"/>
証券番号	<input type="text"/>	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療施設	フリガナ () 都・道 市・区 住所 府・県 郡 名称 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> Tel <input type="text"/> Fax <input type="text"/>	担当者名	<input type="text"/>
担当医名	<input type="text"/>	施術者名 (※)	<input type="text"/> (※) 医師・歯科医師・看護師 歯科衛生士など、法令に定める資格を有している者に限ります。
手術または処置名	<input type="text"/>	施術区分	1・2
手術または処置名	<input type="text"/>	施術年月日	年 月 日

事故受付シートの着眼点

- 保険契約申込の際には、必ずこの事故報告用紙を契約者さまへお渡しください。
 ・ ①事故受付シート②同意書(カルテの開示や医療調査に対する同意)③小冊子(美容医療における医師の説明責任に関する諸問題)の「3点セット」(以下「3点セット」)は、必ず契約者さまにお渡しする資料です。
 ・ 医療事故の報告は専門的な内容になるため、電話ではなく、当社のホームページの事故受付フォームから入力、もしくはこの用紙を契約者さまから事故受付センターに直接ファックスしていただくことにより、迅速な事故対応を開始することができます。
- 些細なトラブルでも保険会社に事故報告しておいていただければ安心です。
 ・ 「保険を使うまでもない」「患者さまが納得して収まった」と思われるクレームでも遠慮せずに報告してください。
 ・ 保険会社はこの受付シートを保管し、万が一トラブルが再燃した場合には速やかに対応することができます。
 ・ 保険会社に一旦事故報告を行っておいていただければ、「事故報告遅延」や「時効」などの理由により保険が免責になることを防止できます。
- 今回の施術を担当した医師名をご記入ください。
 ・ 看護師が施術を補助した場合は、その看護師を管理指導した医師名を記入してください。
 ・ この保険は「無記名式で1日の医師の最大人数を申告して契約する」ことになっています。事故が起きた場合には、施術日にこの医師を含め何名いたか、担当医表や出勤簿などから確認させていただきます。
- 当該処置名を確認し、施術区分1か区分2か確認します。
 ・ 区分1で保険契約しているにもかかわらず、区分2の処置を行った場合は保険が支払われないことがあります。
- 保険期間内に行われた施術か確認します。
 ・ この保険は、「施術日」および「クレーム発生日」ともに保険期間内であることが条件になっています。
- 施術が原因となるクレームであれば、些細なことでも事故報告してください。
 ・ 施術ミスだけでなく、仕上がりに対する不満の表明などのクレームも事故報告をしてください。
 (患者さまの主観による仕上りクレームが一番多いクレームです。)
 ・ 当社の弁護士費用保険では、医療ミスによる賠償責任の有無が不明のケースであっても対象とします。
 仕上りクレームについても安心して弁護士相談や弁護士委任をしていただけます。
 ・ ただし、施術が原因となるクレームが対象であり、契約トラブル(料金が低い、解約したいなど)は保険の対象となりません。
- (この欄に記載するには患者様の同意書が必要です。同意書がない場合、患者様、クレーム申立人の記入をしない別フォームの事故受付シートで取り急ぎ事故報告をお願いしますが、以下の事故対応を進めるためには同意書*が必要ですのでその後、すみやかに同意書をお取り付けください)
- 患者様や申立人様の情報は事故対応を進めるための必須の情報です。
 ・ 事故の初期対応(弁護士から患者さまへの通知など)
 ・ 審査会で施術ミスの有無などを審査する場合(同意書*の取り付けは、カルテの開示や医療調査に対する同意を含んでおり、審査のための必須要件です)
 *「3点セット」の中の同意書です。
- 医師が思い当たるクレームの原因をご記入ください。
 ・ 医療過誤(施術ミス)ではないと思われる場合は、6.その他の欄にクレームの原因を記入してください。
 (例:仕上がりに不満を言っている。など)
- 施術前に心がけることについての内容です。
 ・ インフォームドコンセントの実施内容と施術の際の注意事項についての質問です。
 ・ インフォームドコンセントの承諾書の作成例は、「3点セット」の③小冊子6ページを参照してください。
 ・ インフォームドコンセントを行わずに施術を行った結果トラブルが生じた場合、保険は免責となります。(約款第4条4号)
- 施術時と施術後の対応についての注意点です。
 ・ 施術に異常が生じた場合や患者からのクレームがあった場合は、カルテ等にその内容を記録しておくことが重要です。
 詳細な記録が、後日争いになったときに有効な反証材料となります。
 ・ クレームが発生した場合にこの保険を適用するために、改めて患者さまから同意書*(医師が保険会社へカルテを開示することや保険会社からの医療照会に応じることについて、患者さまから同意をいただくための書類)を取り付けることが必要です。
 ・ 患者さまの同意なくカルテを開示した場合は、個人情報漏えいの責任を追及される危険性があります。
 *「3点セット」の中の同意書です。
- 早めの弁護士対応がおすすめです。
 ・ この保険は保険会社の示談代行サービスはありません。
 ・ 患者さまからクレームがあった場合は、ご自身で患者さま対応に悩むよりも速やかに弁護士相談や弁護士委任をご検討ください。(弁護士は契約者さまの代理人として患者さまに対応できます。)
 ・ 原則として当社の指定弁護士をご紹介します。(ただし、クリニックに顧問弁護士がいらっしゃる場合は、当社の弁護士報酬規程にご同意いただければ弁護士費用保険を顧問弁護士にお支払することが可能ですので、事前に当社にご相談ください。)

クレーム内容	クレーム受付年月日 年 月 日	具体的なクレーム内容	<input type="text"/>
患者	フリガナ () 都・道 市・区 氏名 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 府・県 郡 <input type="text"/> 性別 (男・女) 年齢 () 歳 Tel <input type="text"/> 携帯 <input type="text"/>	フリガナ () 都・道 市・区 氏名 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 府・県 郡 <input type="text"/> 患者との関係 () 性別 (男・女) 年齢 () 歳 Tel <input type="text"/> 携帯 <input type="text"/>	7 今回のクレームに関して、医療過誤であると思われるか (はい・いいえ) ・クレームの原因について、あてはまる番号すべてに○印をお願いします 1. 施術のミス 2. 指示命令のミス 3. 技術不足 4. 施術知識の不足 5. 設備・機械の不具合 6. その他 ()
クレーム申立人	フリガナ () 都・道 市・区 氏名 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 府・県 郡 <input type="text"/> 患者との関係 () 性別 (男・女) 年齢 () 歳 Tel <input type="text"/> 携帯 <input type="text"/>	8 インフォームドコンセントによる患者の意思確認をされましたか (はい・いいえ) ・カウンセリングタイムは十分にとりましたか (はい・いいえ) ・医師として推奨できない施術を患者が望みましたか (はい・いいえ) ・施術前に、施術に失敗例もあることを説明しましたか (はい・いいえ) ・施術の流れ・内容・ダウンタイム(施術~回復までの期間)等について説明しましたか (はい・いいえ) ・施術後のケアについて説明しましたか (はい・いいえ) ・万が一失敗した時のケアについて患者に説明し、同意を取り付けましたか (はい・いいえ) ・施術の際は、担当医師が直接施術をしましたか (はい・いいえ) ・マシンを使う施術の場合、施術時のメーカ推奨値やガイドラインを守りましたか (はい・いいえ) ・清潔な環境を保つための清掃や消毒等を適切な期間において実施していますか (はい・いいえ)	9 施術時、患者に不安な様子が見られた場合、施術を中止しましたか (はい・いいえ) ・施術に何らかの落ち度があったと思われる場合、患者にそのことを伝えましたか (はい・いいえ) ・患者からクレームがあった時に即対応しましたか (はい・いいえ) ・患者からの金銭要求はありましたか (はい・いいえ) ※金銭を含め何らかの要求があった場合は、あてはまる番号すべてに○印をお願いします 1. 施術費用の返還 2. 賠償金 3. お見舞金 4. 休業補償金 5. 謝罪文や念書の提出 6. その他要求 () ※金銭賠償した場合は該当番号に○印の上、金額を記入 → 1・2・3・4・6 (円)
クリニックの見解および今までの対応	10 1. 患者への対応についてアドバイスして欲しい 2. 医療過誤の有無を判断して欲しい 3. 弁護士を紹介して欲しい 4. その他 ()		