**新潟大学医歯学総合病院における医療安全管理に係る通報シート**

|  |  |
| --- | --- |
| 通報年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　） |
| 通報者の氏名 | 氏　名：  |
| 所　属： |
| 連絡先： |
| 通　報　の　内　容 | ●通報対象事実を行っていると認めた（思料する）組織又は職員等組織名　　　　　　　　　　　　　　　　　職員等の氏名　　　　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●通報対象事実は（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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（なぜ生じたのか）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| ●通報対象事実を知った経緯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 証拠書類等の有無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　無 |
| 連　絡　先 | 電　話（　　　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　　　　）メール（　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）郵　送（〒　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

・通報の内容は、わかる範囲で記入してください。

・匿名での通報の場合は、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。できる限り実名での通報にご協力ください。

・氏名、その他の個人情報は、通報者への連絡、調査結果等の通知、当該通報の調査に関し必要な場合に限り使用し、適切に保護を行います。

・証拠書類等が有る場合は、必要に応じてご提供いただくことがあります。

・このシートは、適宜、行数等を変更しても構いません。