

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。