

審査結果のお知らせに関する回答書

(運営組織)

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

当院は、産科医療補償制度に関して、運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が、今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用専用診断書を作成した診断医に対して審査結果[※]を提供することについて、同意の有無を回答します。

(下記のいずれかにチェック「レ」印を記入してください)

- 同意します。
 同意しません。

同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

児の氏名		性	年 月 日		
姓	名	・女	20	年	月 日

年 月 日

所在地

分娩機関名

代表者名

印

※ 審査結果とは「審査結果のお知らせ」に記載される次の情報をいいます。

「補償請求者（保護者）名」、「お子様の氏名」、「お子様の生年月日」、
「審査結果(補償対象外と判定された場合はその理由)」

ただし、本回答結果につきましては、判定理由に胎児心拍数モニター記録や臍帯動脈血ガス分析のデータ等の分娩機関の医療行為に関する情報が記載された場合にのみ、診断医に対する情報提供にご意向を反映させていただきます。