

# 美容医療賠償保険 事故受付シートのご利用について

◎事故のご連絡はFax送信もしくはWebサイトからお願い致します。

ご連絡いただく際に患者様より個人情報や診療記録・検査記録等の提供・調査に関する同意書のお取りつけをお願いしております。同意書をお取りつけいただいた後、事故受付サイトまたは、事故受付シート(同意書あり)をFax送信いただきご報告ください。

保険会社で確認した後、ご担当者様宛にご連絡を差し上げ、その後の対応についてお打ち合わせさせていただきます。なお、お電話による事故の受付は、お受けしておりませんのであらかじめご了承ください。

また、同意書のお取りつけが困難な状況で、Fax送信にてご報告いただく場合は、事故受付シート(同意書なし)にてご報告をお願い致します。同意書のお取りつけは、お客様に代わり弁護士が行います。この場合は、すぐさま弁護士対応となりますのであらかじめご了承ください。Fax専用の事故受付シートは、同意書「あり」と「なし」の2種類ご用意しております。お間違えのないようご注意ください。

- ・ 弁護士委任前に患者様と金銭等支払うお約束は、その後の示談に支障をきたす恐れがありますのでお控えください。
- ・ 事故受付サイトは下記をご覧ください。

## ◎ご連絡後の対応

弁護士がご対応

当保険により示談交渉サービスがご利用いただけますが、保険会社は直接示談を行いません。示談交渉は、美容医療に精通している保険会社提携弁護士に委任いただき行います。クリニック様の選任弁護士に委任いただくことも可能です。ただし、弁護士費用は保険会社の弁護士報酬規定に基づきお支払いしますので、保険会社提携弁護士に委任いただかない場合は、弁護士報酬の一部を、お客さまにご負担いただくこともあります。クリニック様専任弁護士に委任いただく際はあらかじめご相談ください。

賠償金のお支払い

保険会社が調査を行いクリニック側の過失を認めざるを得ない場合は、被害者に賠償金をお支払いいたします。この賠償金は治療費、休業損害や慰謝料等となりますが法律・医療の専門家で構成された審査会で審査を行った上で、損害賠償金を算定し委任弁護士が被害者に提示しお支払いいたします。保険会社・委任弁護士にご相談なく被害者に賠償金(これに類する施術費用の返金など含む)を支払った場合、保険金のお支払いが、できかねる場合がございますのでご注意ください。

# ユニバーサル少額短期保険株式会社 事故受付センター

Fax : 0120-345-286 (初回受付)

Webサイト:PCからは <http://www.u-ssi.co.jp/jb>

タブレットからはQRコードを読み込みアクセスしてください。



事故受付サイト  
PCからは  
<http://www.u-ssi.co.jp/jb>

# 同意書

医療機関名 ..... 院長 殿

患者住所 .....

電話番号 ( ..... ) - .....

患者氏名 .....

生年月日 ..... 昭和 ..... 平成 ..... 年 ..... 月 ..... 日 .....

私は貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対し、保険事故および保険金支払の有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、およびそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

令和 ..... 年 ..... 月 ..... 日

(同意者)

住 所 .....

電話番号 ( ..... ) - .....

氏 名 ..... ⑩

患者との続柄： 本人 配偶者 親権者 法定相続人  
その他 ( ..... )

FAX : 0120-935-940

受付番号 US-  - (会社記入欄)

【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。

受付者名	責任者

《太枠内のみご記入ください》

事故受付日	年 月 日 時 分	報告者名	
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)	
証券番号			
医療施設	フリガナ ( ) 名称	住所 都・道 府・県	市・区 郡
		Tel	Fax
担当医名	施術者名 (※)	(※) 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		施術年月日	年 月 日
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		
患者	フリガナ ( ) 氏名	住所 都・道 府・県	市・区 郡
	性別 (男・女) 生年月日 ( 年 月 日)	Tel	携帯
クレーム申立人	フリガナ ( ) 氏名	住所 都・道 府・県	市・区 郡
	患者との関係 ( )	性別 (男・女) 年齢 約 ( ) 歳	Tel 携帯
クリニックの見解および今までの対応	クレームの原因について	・今回のクレームに関して、医療過誤であると思われますか (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. 患者の主観的な不満 7. その他 ( )	
	施術前の対応について	・インフォームドコンセントによる患者の意思確認をしましたか (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、施術時のメーカー推奨値やガイドラインを守りましたか (はい・いいえ) ・使用した「薬剤のすべて」「高度管理医療機器Ⅳに該当する機器 (ヒアルロン酸、コラーゲン、縫合糸など)」は、各国の医薬品監督行政機関の許可を受けていますか (はい・いいえ)	
	施術時・施術後の対応について	・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)	
当社の対処策に対する要望	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 ( )		

FAX : 0120-935-940

受付番号 US-  - (会社記入欄)

【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。

受付者名	責任者

《太枠内のみご記入ください》

事故受付日	年 月 日 時 分	報告者名	
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)	
証券番号			
医療施設	フリガナ ( ) 名称	住所 都・道 府・県	市・区 郡
		Tel	Fax
担当医名	施術者名 (※)	(※) 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		施術年月日	年 月 日
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		
患者	【お願い】		
クレーム申立人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護の観点より、患者様から情報開示の同意を得られない場合は、この欄は記入できません。</li> <li>・患者様が個人情報漏洩で医院を訴える恐れがあります。</li> <li>・そのための措置ですので、よろしくご理解のほどお願い致します。</li> </ul>		
クリニックの見解および今までの対応	クレームの原因について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回のクレームに関して、医療過誤であると思われますか (はい・いいえ)</li> <li>・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. 患者の主観的な不満 7. その他 ( )</li> </ul>	
	施術前の対応について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォームドコンセントによる患者の意思確認をしましたか (はい・いいえ)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・施術後のケアについて説明しましたか (はい・いいえ)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・マシンを使う施術の場合、施術時のメーカー推奨値やガイドラインを守りましたか (はい・いいえ)</li> <li>・使用した「薬剤のすべて」「高度管理医療機器Ⅳに該当する機器 (ヒアルロン酸、コラーゲン、縫合糸など)」は、各国の医薬品監督行政機関の許可を受けていますか (はい・いいえ)</li> </ul>	
	施術時・施術後の対応について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・患者からの金銭要求はありましたか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>※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</p> <p>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 ( )</p> <p>※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)</p>	
当社の対処策に対する要望	<p>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 ( )</p>		