

×年×月×日

補償請求者 各位

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部

診断医への「審査結果のお知らせ」の送付について

前略 同封の「受理通知書」に記載のとおり、審査結果については、審査委員会で審査結果が確定しましたら、保護者（補償請求者）および分娩機関に通知することとしております。

また、お子様の診断書を作成した医師（以下、診断医）にも、審査において必要な診療情報を提供していただいていることから、今後の診療の向上のため、審査結果をご連絡いたします。

なお、診断医に送付する審査結果に関する情報は、以下の通りといたします。

【診断医に送付する審査結果に関する情報】

<input type="checkbox"/> 補償請求者名	<input type="checkbox"/> お子様の氏名	<input type="checkbox"/> お子様の生年月日
<input type="checkbox"/> 審査結果（補償対象外と判定された場合はその理由）		

※診断医に送付する「審査結果のお知らせ」には、分娩機関名が記載されません。

診断医への「審査結果のお知らせ」の送付につきまして、ご同意いただけない場合は、本状送付日（本状の右上部に記載）から1ヶ月以内に下記のお問い合わせ先までお申し出ください。その場合は、診断医への審査結果をご連絡致しません。

なお、ご同意いただけない場合であっても、産科医療補償制度の審査・補償において一切不利益を受けることはございません。

ご不明な点等がございましたら、下記のお問い合わせ先までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

草々

【お問い合わせ先】

公益財団法人日本医療機能評価機構

産科医療補償制度運営部 審査・補償担当 ○○

電話 03-5217-3188 <受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日除く）>