

通知書

●●県●●市●●●●-●●-●●
●● ●●様

●●●●年●月●日

通知人 ●●●●病院

電 話 ●●-●●●●-●●●●

●●●●年●月●日に●●●●様の右腕に表皮剥離が認められた件（以下では「本件」と記載致します。）に関し、職員らからヒアリングを行うとともに、記録を精査し本件の発生原因を調査致しましたが、残念ながら発生原因は不明であることを御報告申し上げます。もっとも、想定する原因としては、●●●●、●●●●、●●●●などを行う際に偶発的に●●●●様の右腕の表皮剥離が生じてしまった可能性が考えられます。ご高齢の患者さんの場合、わずかな力や摩擦などによっても皮膚の表皮剥離が生じることがあり、また、感覚機能の低下などのため怪我をされてもその場で痛みを訴えられないことがあるため、皮膚の表皮剥離の発生リスクを完全に無くすことは困難ですが、本件を踏まえ、通知人病院としても、ありうる発生原因を念頭に置いた再発防止に努めて参ります。具体的には、●●●●様に対し、●●●●●●●●●●●●●●といった再発防止策を講じることを検討しております。このたびは、●●●●様や御家族の皆様にご心配をお掛けしてしまい、申し訳ありませんでした。

以上