

法律相談シート

ご提供いただいた個人情報、当法律事務所の相談・事務内容管理(事案把握、利益相反関係のチェック、当事務所からのご連絡等)の利用目的の範囲で利用いたします。弁護士には守秘義務があり、相談内容を第三者に洩らすことはありません。

太枠内をお分かりになる範囲でご記入下さい。相談日 (年 月 日)

石塚総合法律事務所をどこでお知りになりましたか？(該当するものにVを記して下さい。)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット(下記よりお選び下さい) | <input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳) |
| <input type="checkbox"/> 石塚総合法律事務所のホームページ | <input type="checkbox"/> 市の広報誌 |
| <input type="checkbox"/> 弁護士ドットコム | <input type="checkbox"/> フリーペーパー |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 看板 |
| | <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者:) |
| | <input type="checkbox"/> その他() |





相談者	ふりがな 氏名			生年月日		
				T・S・H	年	月 日(歳)
	住所	〒 -		電話		
				FAX		
				携帯		
	E-mail			@		
	職業			年収	万円	
勤め先			勤め先 の電話			

※ 今回のご相談はあなたご自身のことについてですか？

- はい
 いいえ⇒下記に当事者についてお書き下さい

当事者	ふりがな 氏名			生年月日		
				T・S・H	年	月 日(歳)
	住所	〒 -		職業	年収	万円
				あなたとの関係		
勤め先			勤め先 の電話			

相手方	ふりがな 氏名			生年月日		
				T・S・H	年	月 日(歳)
	住所			携帯		
				職業		
勤め先			勤め先 の電話			

事故発生日時	H 年 月 日 AM ・ PM 時 分頃
事故発生場所	
※ 事故について教えてください	
【事故状況図】	【事故状況の説明】
<p> 自転車  相手車  進行方向 → 信号  一時停止  </p>	
<p> 弁護士記入欄 速度 甲車 km/h(制限速度 km/h) 甲車以外km/h(制限速度 km/h) 道路状況 見通し 良い・悪い 道路幅 甲車側(m) 甲車以外の車側(m) 信号又は標識 信号有り・無し 一時停止標識 有り・無し その他の標識 </p>	

医療機関	病院名		整骨／ 接骨院		接骨院受診 の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受傷部 位・程度				診断名		
治療	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療終了	入院期間 通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
病院が 複数の 場合	入院	年 月 日 ~	年 月 日	通院	年 月 日 ~	年 月 日
	入院	年 月 日 ~	年 月 日	通院	年 月 日 ~	年 月 日
	入院	年 月 日 ~	年 月 日	通院	年 月 日 ~	年 月 日

交通費	通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共機関		1回の通院にかかる交通費		
入院雑費補助者	雑費の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		雑費の金額	円	
				補助者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
後遺症	有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		級 号	異議申立	
					<input type="checkbox"/> する／ している <input type="checkbox"/> しない	
休業損害	<input type="checkbox"/> 休業なし <input type="checkbox"/> 休業あり 年 月 日 ~ 年 月				金額	円
	休業補償の内払い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		内払いの金額	円	
同乗者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			同乗者の続柄		
車両	示談の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		所有権(ローン)の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	車種・年式	(車名 年式)		修理見積額	円	
	代車の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		代車使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
その他の損害						

相手方	任意保険の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		任意保険会社名	
	自賠責の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		自賠責保険会社名	
自分	任意保険の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		任意保険会社名	
	弁護士費用特約の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		自賠責保険会社名	
労災	利用の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可		労災の傷病手当	円

<p>弁護士記入欄</p>					
---------------	--	--	--	--	--