

法律相談カード			
相談日	年 月 日		
フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳		
住所	〒		
電話番号		携帯電話	
メールアドレス			
電話連絡が取りやすい時間帯			
家族構成	フリガナ 配偶者氏名:	年齢	
	フリガナ 子ども氏名:	年齢	
家族が相談を知っている	はい・いいえ	家族への 伝言	可・不可
相手方について	氏名(フリガナ) 名称		電話番号
	住所 所在地	〒	
代理人 弁護士	氏名		電話番号
	事務所住所		
当事務所を どこで知り ましたか	<input type="checkbox"/> 紹介	※紹介者のお名前( )	
	<input type="checkbox"/> HP (パソコン・スマホ)	※検索キーワード ( )	
	<input type="checkbox"/> 広告	※広告名( )	
	<input type="checkbox"/> ニュースレター	<input type="checkbox"/> パンフレット	
	<input type="checkbox"/> その他	※具体的に( )	
当事務所に相談された理由を教えてください ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 地元の法律事務所だから <input type="checkbox"/> HPが充実していたから <input type="checkbox"/> 解決実績が豊富だから <input type="checkbox"/> お客様の声が豊富 <input type="checkbox"/> 弁護士の印象 <input type="checkbox"/> 紹介者の推薦 <input type="checkbox"/> 費用が明確 <input type="checkbox"/> その他( )		

※私には暴力団などいわゆる反社会的勢力との関係はありません。

※事務所からニュースレターなどを送ってもらってもかまいません。



<労災問題 相談票>

※わかる範囲で構いませんのでご記入ください

あなたを雇用している会社について教えてください

名 称： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

本店所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

事故内容について次のことを教えてください

- ・事故の発生について教えてください

日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午前／午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

場所： \_\_\_\_\_

- ・被害を受けた状況を教えてください

※簡単で構わないので、事故に遭った状況の図を書いて下さい

- ・どのような事故が起きたのか、教えてください



・事故状況の資料についてについて教えてください

・労災の申請はされていますか？

はい / いいえ

→ いいえの場合、理由を教えてください

例) 会社が労災申請に協力してくれない など

・労災の申請をしている場合、担当の労基署について教えてください

\_\_\_\_\_ 労基署 担当：\_\_\_\_\_ 電話番号：\_\_\_\_\_

・事故について警察は捜査をしていますか？ 担当の警察官、連絡先を教えてください

\_\_\_\_\_ 警察署 担当：\_\_\_\_\_ 電話番号：\_\_\_\_\_

**被害の状況について教えてください**

・お怪我について

・事故によって、どのような怪我を負いましたか

・怪我について、通院（入院）していますか

・現在、通院（入院）している病院を教えてください

・病院名： \_\_\_\_\_ ・主治医： \_\_\_\_\_

・住所： \_\_\_\_\_

・電話： \_\_\_\_\_

※複数ある場合は、下記の空欄にお書きください

・通院（入院）に伴い、あなたが負担している費用があれば教えてください

治療費：

薬代：

交通費：

器具代：

(松葉づえ、車いす、義手・義足など)

雑費：

その他：



- ・お怪我について、お医者さんの見解を教えてください

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月頃、完治する（した） / \_\_\_\_年 \_\_\_\_月、症状が固定する（した）  
まだ治療が必要 / まだ分からない

- ・お怪我は、あなたの日常生活や仕事に影響していますか。

→している場合、内容を具体的に記載してください

- ・怪我によって、後遺障害の等級認定を受けている場合には、その認定の内容について教えてください

#### お仕事について教えてください

- ・事故の際のお仕事について、教えてください

→仕事内容： \_\_\_\_\_ 月収： \_\_\_\_\_ ボーナス： \_\_\_\_\_

- ・事故後、お仕事は休まれていますか？

→休んでいた場合、具体的な日数を教えてください

#### 事故後の状況について教えてください

- ・会社と交渉をしていますか はい / いいえ

→（はいの方）交渉状況を教えてください

- ・治療費は支払われていますか（労災保険による補償がされている場合も記載して下さい）

全額支払われている / \_\_\_\_月まで支払われた / まったく支払われていない

- ・休業補償はされていますか はい / いいえ

→はいの方 具体的金額を教えてください



事故の後で、困っていることなどを教えて下さい

あなたはこの問題について、どのような解決を希望しますか。ご自由にお書き下さい

### 時系列表

※書ききれない場合は別途コピーをして、使用してください

日時	出来事	通院経過 ※病院名と通院期間を書いて下さい	交渉の経過 ※治療費などの支払いの有無	その他、気になったこと

