

| 法律相談カード | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------|------|
| 相談日 | 年 月 日 開始時間 時 分 | | |
| フリガナ 氏名 | | | |
| 生年月日 | 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 | 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() | | |

※口私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。

※口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 >

※分かる範囲でご記入ください

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 : _____ 手続担当者 : _____
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



労災保険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、担当の労働基準監督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

・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 はい / いいえ

・入院・通院した病院を教えてください

病院名： _____ 主治医： _____

住 所： _____ 電 話： _____

期 間： _____

※複数ある場合は、下記の空欄にお書きください

・入院・通院に伴い、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： _____



・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ください

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 |
|----|-----|--------------------------|------------------------|-------------|
| | | | | |

