

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。

<相続事件 相談票>

※分かる範囲でご記入ください

あなた自身のことについて、下記の事項を教えてください

よみがな
氏名： _____ 性別：男・女 生年月日： _____

住所： _____ 本籍地： _____

※戸籍を取得するのに必要です

被相続人（亡くなった方）について、下記の事項を教えてください

よみがな
氏名： _____ 性別：男・女 生年月日： _____

住所： _____ 本籍地： _____

亡くなった日とその原因： _____

被相続人の生活状況について当てはまるものにチェック、○をしてください

生計の手段

被相続人自らの収入（給料・年金・賃料収入）

親族（ ）からの援助 その他（ ）

介護などを行っていた者とその方（施設）の名前

親族（ ） 施設（ ） その他（ ）

被相続人の状態

・要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / なし

・上記の状態になった時期を教えてください 年ころ

・認知症の診断は受けていますか？ はい・いいえ

（はいの場合）診断名を教えてください

・長谷川式簡易知能評価スケールを受けたことが ある・ない

（ある場合）点数 点 / 実施時期 年ころ



遺産を分割することについて、現在、相続人の間で争いは起きていますか

はい・いいえ

⇒「はい」の場合、どなたとどのようなことで争いが生じていますか？

相手方の氏名 :

争いになっている内容 :

あなたが今、困っていることはなんですか

今回の問題について、どのような解決を希望されますか

相談に際して聞きたいことなど自由にお書きください

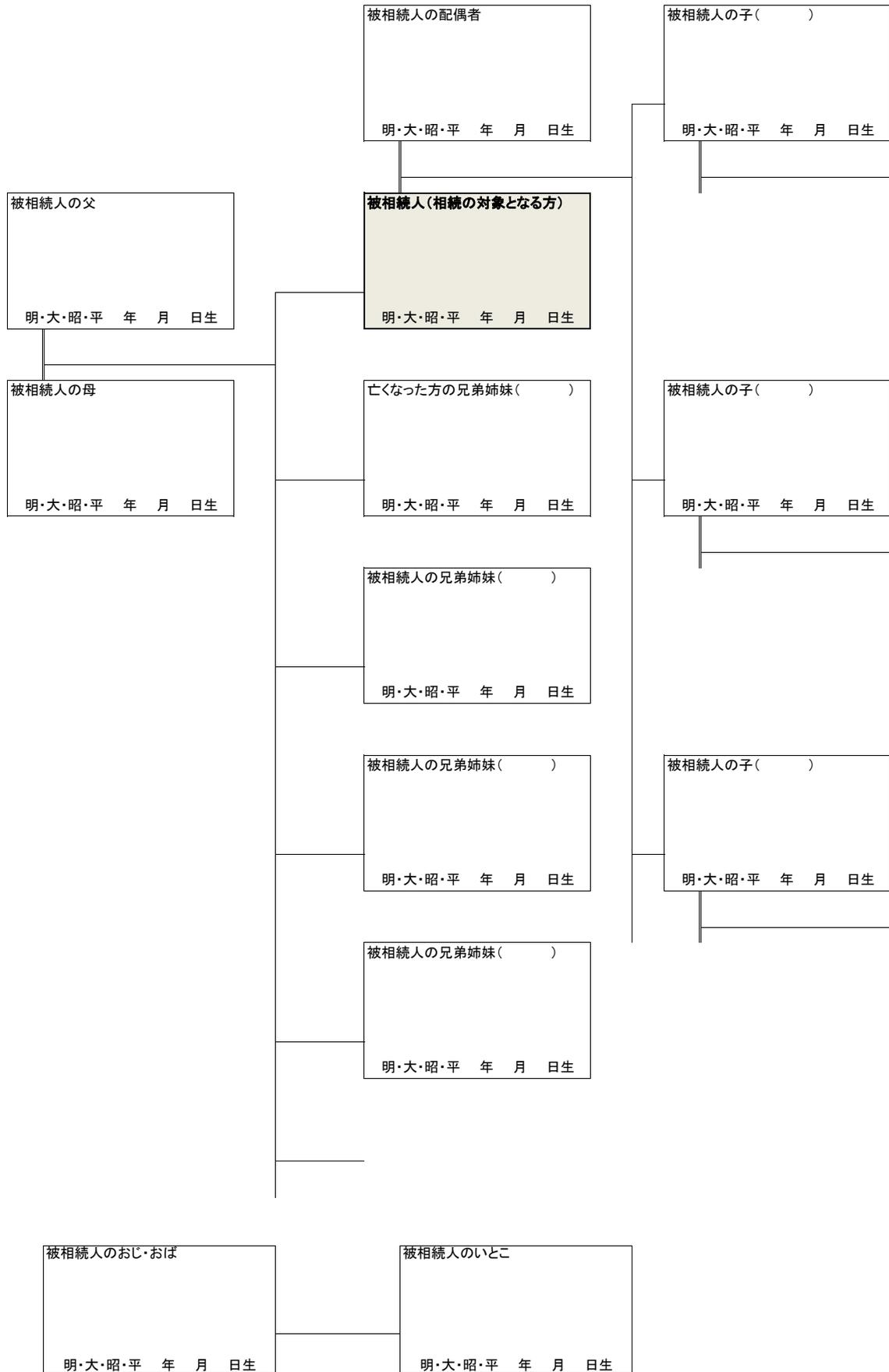
時系列表

※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	被相続人に起こった出来事 (例：認知症発症、施設入居、死亡など)	出来事を裏付ける証拠 (診断書、写真など)

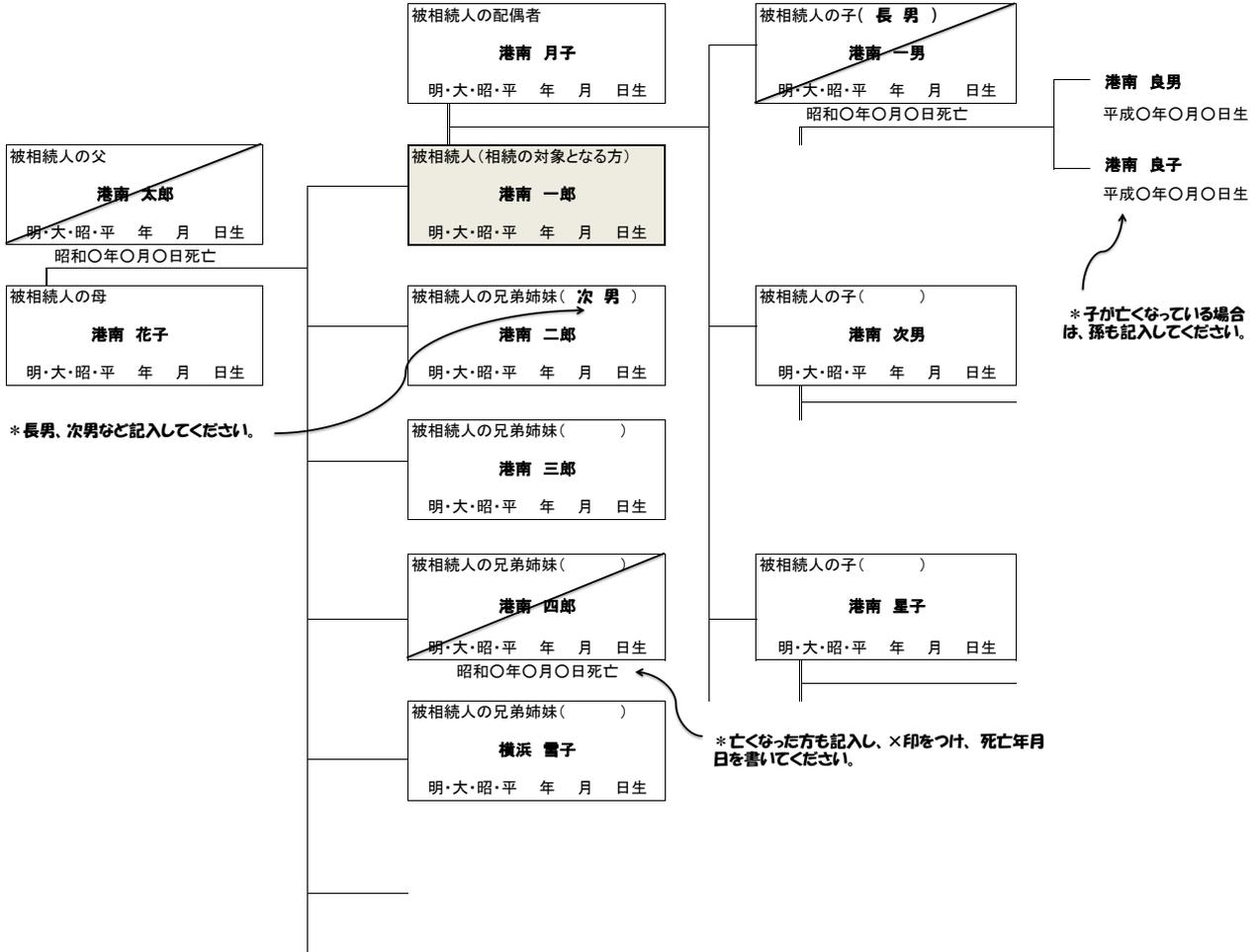
親族関係図(相続)

<記入要領>
 ※すでに亡くなった方も記入し、×印をつけてください。
 ※「子」が亡くなっているときは孫も記入してください。



親族関係図(記入例)

<記入要領>
 ※すでに亡くなった方も記入し、×印をつけてください。
 ※「子」が亡くなっているときは孫も記入してください。



*兄弟姉妹が亡くなっている場合には、おいやめいの記入をお願いすることがあります。