**医療鑑定申込書（仮）**

法務メディカルセンター　御中

貴社の利用規約及びプライバシーポリシーの内容に同意した上で、以下のとおり医療鑑定の申し込みをいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １、申込日 | 年　　月　　日 |
| ２、申込者様 | 住所　〒  事務所名  ふりがな  担当弁護士名  TEL 　FAX E-mail |
| ３、申込内容 | 簡易スクリーニング（他覚所見の有無の確認）弁護士費用特約の有無（有　無） |
| 専門医鑑定レポート（自賠責用）　弁護士費用特約の有無（有　無） |
| 専門医意見書（訴訟用）　　　　　弁護士費用特約の有無（有　無） |
| ４、患者情報 | ふりがな　　　　　　　　　　　様  氏名　　　　　　　　　　　　様  性別　男　女　　生年月日　　　年　　月　　日　　歳（事故当時） |
| ５、鑑定対象部位 | 頚椎　腰椎　　　　　関節　その他（　　　　　　　 ）  　※四肢については左右を明記ください |
| （複数部位の場合）  頚椎　腰椎　　　　関節　その他（　　　　　　 ） |
| ６、鑑定対象検査回数等 | （ご利用料金のお見積りが必要な場合のみご記入ください）  XP　　回　CT　　回　MRI　　　回　その他（　　）　　回 |
| ７、手続の状況 | 後遺障害等級認定申請前  　後遺障害等級認定申請後（等級認定されている場合は　　級　　号）  　訴訟（準備中も含む）（等級認定されている場合は　　級　　号） |
| ８、鑑定事項 | （鑑定レポート又は意見書において鑑定を依頼する事項を下記の枠組みでご記載ください）  　患者の検査画像上の画像所見の有無  　画像所見が認められる場合、自覚症状と整合性の有無  　画像所見が認められる場合、外傷性変化であるか  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ９、ご希望等 | （納期等のご希望、ご質問等がございましたらご記載ください）  　次回期日予定日が　　　年　　月　　日であるため、　　年　　月　　日までの納品を希望する  　弊社による検査画像、診療録等の資料の整理を希望する（別途事務手数料が発生します） |
| １０、弊社を何でお知りになりましたか？ | ホームページ（Web広告で見た　Webで『医療鑑定』など検索した）  FAX　 埼玉弁護士協同組合チラシ　 Facebook  知人弁護士からの紹介　依頼人からの紹介　その他（　　　　　） |