**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（弁護士費用保険がない場合のみ、医師の初期的見解の確認のため利用可能） |
| [ ] 専門医鑑定レポート（訴訟外）　　弁護士費用保険の有無（[ ] 有　[ ] 無） |
| [ ] 専門医意見書（訴訟用）　　　　　弁護士費用保険の有無（[ ] 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（事件当時） |
| 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、鑑定対象検査回数および医療記録のページ数 | （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（　　　）　　　回医療記録　　　頁 |
| ７、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ご記載ください） |
| ８、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（　　　　　） |