**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（　　　　　） |