

調査受任申込書

受付番号	
担当弁護士	

1. お名前・ご住所等

氏名 (フリガナ)	性別	年齢	職業
	男・女	歳	
住所	連絡先		
〒	電話		
	FAX		

2. 購入商品

商品名	現存物の有無
<input type="checkbox"/> 薬用 悠香の石鹸 サイズ・個数()	商品・箱・袋・契約書類・他()
<input type="checkbox"/> 薬用 フェイスソープ サイズ・個数()	商品・箱・袋・契約書類・他()
<input type="checkbox"/> その他 ()	商品・箱・袋・契約書類・他()

3. 購入時期

時期	確認方法
<input type="checkbox"/> H22.12.7以前 H . . .	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 購入時期
<input type="checkbox"/> H22.12.8以降 H . . .	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 購入時期
<input type="checkbox"/> 不明	

4. 使用者・使用期間

使用者	使用方法・期間
<input type="checkbox"/> 購入者	<input type="checkbox"/> 洗顔・その他() 期間:
<input type="checkbox"/> 購入者の家族	<input type="checkbox"/> 洗顔・その他() 期間:
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 洗顔・その他() 期間:

5. 本件石鹸被害の状況

石鹸使用開始時期	H . . .			
使用頻度	<input type="checkbox"/> 毎日使用 <input type="checkbox"/> 週()回使用 <input type="checkbox"/> 月()回使用 <input type="checkbox"/> その他()			
石鹸使用終了時	H . . .			
発症状況	発症時期	発症時の状況(食後、運動時、頭痛薬服用時等)	発症した症状	その際、医師の診断を受けましたか
	① H . . .			<input type="checkbox"/> 受けた(病院名:) 診断書 <input type="checkbox"/> 有(病名:) <input type="checkbox"/> 受けなかった 理由
	② H . . .			<input type="checkbox"/> 受けた(病院名:) 診断書 <input type="checkbox"/> 有(病名:) <input type="checkbox"/> 受けなかった 理由
	③ H . . .			<input type="checkbox"/> 受けた(病院名:) 診断書 <input type="checkbox"/> 有(病名:) <input type="checkbox"/> 受けなかった 理由
	④ H . . .			<input type="checkbox"/> 受けた(病院名:) 診断書 <input type="checkbox"/> 有(病名:) <input type="checkbox"/> 受けなかった 理由
通院期間	H . . .	~	H . . .	年 ヶ月 通院回数: 回
入院期間	H . . .	~	H . . .	年 ヶ月
救急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有()回 <input type="checkbox"/> 無			
現在の症状				
現状の治療状況				
これまで支払った治療関係費	治療費	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	通院交通費	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	その他	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

6. 被害との交渉の状況

返品・交換のお知らせの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	返品の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	示談交渉の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------------	---	-------	---	---------	---

示談交渉の内容(被害者側・業者の提示金額・条件、既払い額、問題点等)