

**茶のしずく石鹸被害救済静岡県弁護士 連絡票**

送信日 年 月 日

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 男・女	年齢 歳	職業
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. 賠償との交渉の状況**

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)

**7. その他**