

弁護士相談シート（犯罪・刑事事件）

※書ける範囲でご記入ください。

ご相談者さまについて			
氏名			
住所	〒 -		
連絡先	電話番号		
	メールアドレス		
当事者について			
氏名		性別	生年月日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
住所	〒 -		
連絡先	電話番号		
	メールアドレス		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ご相談者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
事件の内容・現在の状況など			
罪名			
事件日時	年 月 日 時ごろ		
事件場所			
共犯者	<input type="checkbox"/> あり（人数： 人） <input type="checkbox"/> なし		
被害者との関係			
時系列の出来事	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
前科	<input type="checkbox"/> あり（罪名： ） <input type="checkbox"/> なし		
逮捕	<input type="checkbox"/> 逮捕前 <input type="checkbox"/> 逮捕された（ 年 月 日 時ごろ）		
検察への送致	<input type="checkbox"/> 送致前 <input type="checkbox"/> 送致された		
勾留	<input type="checkbox"/> 勾留されている <input type="checkbox"/> 勾留されていない		
起訴	<input type="checkbox"/> 起訴前 <input type="checkbox"/> 起訴後		
相談したいこと	<input type="checkbox"/> 逮捕されたくない <input type="checkbox"/> 示談交渉を依頼したい <input type="checkbox"/> 身柄を解放してほしい <input type="checkbox"/> 学校・職場に知られたくない <input type="checkbox"/> その他		