

欠陥住宅・建築紛争に関する相談カード

1 相談申込者

記入日 年 月 日

(1)住所	〒	
(2)フリガナ 氏名	-----	(3)生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日生(歳)
(4)TEL		
(5)FAX		
(6)携帯		
(7)E-mail		
(8)職業		

2 建物の所在・構造等

(1)所在			
(2)規模	①階数：地上 階・地下 階	②住戸数 戸	
	③敷地面積： m ² ・建築面積 m ²		
	④延床面積（または占有面積） m ²		
(3)構造 (該当箇所を チェックして ください)	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 2×4（ツーバイフォー：メーカー名） <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 鉄骨鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> プレハブ・パネル建築（メーカー名） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4)権利関係 (該当箇所を チェックして ください)	<input type="checkbox"/> 所有権	<input type="checkbox"/> 注文建築：○新築 ○増改築・リフォーム <input type="checkbox"/> 売買：○新築 ○建築条件付売買 ○中古(築 年)	
	<input type="checkbox"/> 区分所有権(分譲マンション等)	○新築 ○中古(築 年)	
(5)契約内容	<input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	①契約年月日：昭和・平成 年 月 日		
	②引渡年月日：昭和・平成 年 月 日		
	③契約書の有無 有・無	④契約金額 万円	

3 相談内容

(1)被害概要 (該当箇所を チェックして ください)	<input type="checkbox"/> 欠陥現象がある 不具合箇所（ ） <input type="checkbox"/> 沈下 <input type="checkbox"/> 傾斜 <input type="checkbox"/> 揺れ・震動 <input type="checkbox"/> 建具の立付 <input type="checkbox"/> 床鳴 <input type="checkbox"/> 遮音性 <input type="checkbox"/> 亀裂(○内部・○外部) <input type="checkbox"/> 外観・内装不良 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> 悪臭 <input type="checkbox"/> 虫害 <input type="checkbox"/> 上水不良 <input type="checkbox"/> 下水不良 <input type="checkbox"/> 結露 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 契約上のトラブルがある <input type="checkbox"/> 工期の遅れ <input type="checkbox"/> 追加工事等の金額面でのトラブル <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(2)相手方	<input type="checkbox"/> 建築業者 <input type="checkbox"/> 仲介業者 <input type="checkbox"/> 売主 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(3)相談の要点	(できるだけ簡潔にお書きください。)		
(4)特記事項	(その他、ご自由にお書きください。)		