

피해자 의견 진술서

사건번호	※ 사건번호를 모르시면, 검사실 또는 민원실로 문의해 주시기 바랍니다.
피해자	성명(가명) ※ 가명조서 작성사건 등 가명작성 필요한 경우 가명기재
	피의자(피고인)와의 관계
작성자	※ 피해자와 작성자가 다른 경우, 작성자의 성명(가명) 및 피해자와의 관계를 적어 주세요.

아래에 범죄로 인한 피해 내용, 범죄 이후 겪을 수 있는 경험이나 반응 등 각종 피해 영향에 대한 예시를 제시해 놓았습니다. 항목에 체크하시거나(중복체크 가능), 하시고 싶은 말씀을 자유롭게 적어 주시면 됩니다.

심리적 피해	<input type="checkbox"/> 자살충동 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 분노감 <input type="checkbox"/> 불안감 <input type="checkbox"/> 무기력감 <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 낮은 사람에 대한 두려움 <input type="checkbox"/> 혼자 있는 것에 대한 두려움 <input type="checkbox"/> 기타
	※ 귀하가 입은 심리적 피해에 대해 구체적인 내용이나 더 하시고 싶은 말씀을 적어 주세요.
신체적 피해	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애(유형:) <input type="checkbox"/> 상해(진단:) <input type="checkbox"/> 흉터나 화상 <input type="checkbox"/> 불면증 <input type="checkbox"/> 상해 부위의 계속되는 통증 <input type="checkbox"/> 일상생활의 어려움 <input type="checkbox"/> 기타
	※ 귀하가 입은 신체적 피해에 대해 구체적인 내용이나 더 하시고 싶은 말씀을 적어 주세요(구체적인 신체 피해 정도 및 치료 방법, 그 외 후유증이나 일상생활의 변화 등).

