

法律相談票（交通事故） 相談日：西暦 年 月 日

お名前： 生年月日：西暦 年 月 日 職業： 住所：〒

電話番号：（携帯電話） (ご自宅) E-mail： (メールでのやり取り) 可 否

年収：（事故前年） 万円 (事故前3か月の平均) 万円/月収 保険会社：（ご自身） (弁護士費用特約) 有 無 担当者： 電話番号：

事故発生日時：西暦 年 月 日 事故発生現場： 都・県 市・区

工作中的事故 通勤中の事故 その他の事故

交通事故証明書：ご自分の名前が記載されている欄をチェックしてください。

甲欄 乙欄 わからない

※お持ちいただいた資料の中に、記載がある場合には、記載を省略されても構いません。

事故状況の説明（図での説明）	事故状況の説明（言葉での簡潔な説明）
1.人対車両 2.正面衝突 3.側面衝突 4.出会い頭衝突 5.接触 6.追突 7.その他	警察への届出： <input type="checkbox"/> 人身事故 <input type="checkbox"/> 物件事故

受傷の部位・診断名（該当するものに○をつけてください）

(部位) 頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・眼耳鼻口歯・その他 ()

(診断名) 脳挫傷・捻挫・挫傷・打撲・捻挫・脱臼・骨折・靭帯損傷・醜状痕・偽関節変形・神経症状・CRPS

脳機能障害・神経麻痺・筋損傷・その他 ()

治療機関名 ()

治療開始日：西暦 年 月 日

治療終了日：西暦 年 月 日 まだ治療が終わっていない

通院が30日以上期間空いたことがありますか ない ある ()

通院の手段：自家用車 交通公共機関 タクシー 自転車 その他

入院の有無：有 (西暦 年 月 日～ 年 月 日) 無

休業の有無：有 (西暦 年 月 日～ 年 月 日) 無

後遺障害認定：申請済 (級 号 / 非該当) 未申請

加害者氏名：

加害者の任意保険会社： 担当： 電話番号：

加害者の自賠償保険会社：

加害者の交渉窓口：事故の相手方本人 事故の相手方の親族 (氏名：)

相手方の任意保険会社 タクシー会社 (社名：)

※特に相談したい事項

過失割合 後遺障害 治療について 賠償基準について

その他 ()

※弊所のホームページをどのようにお知りになりましたか？

Yahoo Google その他 ()

※どのようなキーワードで検索されましたか？よろしければ検索キーワードを教えてください。

()