

法律相談票

【ご相談者様記入欄】

お分かりになられる範囲で構いませんので、ご記入をお願い致します。

- ・お名前 _____ 電話（携帯） _____（ご自宅） _____
- ・ご住所 〒 _____
- ・生年月日：(M T S H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・ご職業 _____ 年収（事故発生の前年） _____ 万円/月収（事故発生前3か月の平均額） _____ 万円
- ・事故発生日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分 _____ ころ
- ・事故発生場所 _____ 県 _____ 市
- ・事故状況 _____

【事故状況の説明】（図での説明できる場合はご記入をお願いします。）

【事故状況の説明】

（言葉での簡潔な説明をお願いします。）

■該当する事故状況にチェックをして下さい。

- 1 人対車両 2 正面衝突 3 側面衝突 4 出合い頭衝突 5 接触
- 6 追突 7 その他

- ・受傷の部位・程度（診断名） _____
- ・治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名： _____
- ・治療終了日（治癒・症状固定） _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名： _____
- ・通院の手段（該当する項目にチェックを入れてください。）
1 自家用車 2 公共交通機関 3 タクシー 4 自転車 5 その他（ _____ ）
- ・入院の有無 入院した（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）・入院していない
- ・休業の有無 休業した（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）・休業していない
- ・後遺障害の程度（後遺障害等級認定票の記載） _____ 級 _____ 号
- ・相手方（加害者）の名前 _____ 電話 _____
- ・相手方（加害者）の住所 〒 _____
- ・相手方（加害者）の勤務先 _____
- ・相手方（加害者）の自賠責保険会社 _____
- ・相手方（加害者）の任意保険会社 _____ 担当者： _____
- ・その他の関与者 _____
- ・特に相談したい事項 _____

【弁護士記入欄】

- ・相談日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・お持ちいただいた資料
1 交通事故証明書 2 診断書・診療報酬明細書 3 後遺障害等級認定表 4 休業損害証明書
5 源泉徴収票・確定申告書 6 保険会社からの賠償額の提示 7 その他（ _____ ）