

法律相談票(交通事故)

令和 年 月 日

相談者氏名	ふりがな				
	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)				
住 所	〒		電 話	-	-
			FAX	-	-
			携 帯	-	-
			Email		
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

◆保険会社・事故状況

任意保険会社		自賠責保険会社	
人身傷害保険特約	有 ・ 無	弁護士費用特約	有 ・ 無
事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 ころ		
事故発生場所			

事故状況(図) ※分かる範囲で周囲の状況も含めてお書きください 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	事故状況(簡潔にお書きください)
--	--

◆症状

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	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・保険会社

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		担当者	
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			