

# 交通事故相談票

年 月 日

弁護士:

担当事務:

## ■ご相談者様

ふりがな			被害者様との関係	性別	<input type="checkbox"/> 男
お名前			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒				
連絡先	自宅		メールアドレス		
	携帯電話		その他		
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> その他( )				

## ■被害者様について

ふりがな			生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男
お名前			年 月 日		<input type="checkbox"/> 女
任意 保険	会社名		TEL		
	担当者		弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	人身傷害 保険特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	車両保険特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
ご職業		年収(事故前年)		同居家族	
労災	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	休業補償給付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	治療費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
治療費の支払	<input type="checkbox"/> 相手方保険会社対応 <input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 労災対応 <input type="checkbox"/> その他( )				

## ■事故について

発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃
発生場所			
加害者	氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所		
加害者の 任意保険	会社名		
	担当者		TEL

## ■受傷の状況

部位・程度(診断名)			医療機関	
治療開始日	年 月 日			
治療終了日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定		
通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( )			
入院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日 ~	年 月 日	
休業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日 ~	年 月 日	
後遺障害の程度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	級	号	

※お手数ですが、事故状況のご記入もお願いいたします

■事故の状況について

種類	<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出合頭衝突 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> その他( )
図(道路状況、車両の進行方向など図でご記入ください)	
事故の状況	
弁護士への相談内容	

ご準備頂きたい資料

- 交通事故証明書
- 後遺障害等級認定票
- 源泉徴収票・確定申告書
- 自動車保険の証書
- 診断書・診療報酬明細書
- 休業損害証明書
- 保険会社からの提示案
- 車検証