

		交通事故相談票		平成 年 月 日	
相談票は以下にご返送をお願いいたします。					
<メールの場合>portal@nagoyasogo.jp					
<Faxの場合>0564-72-5172					
弁護士:		担当事務:			
■ご相談者様					
フリガナ				被害者様との関係	<input type="checkbox"/> 男
お名前				<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒				
連絡先	(TEL)			(FAX)	
	(携帯)			(メールアドレス)	
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()				
■被害者様について					
フリガナ				生年月日	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	人身傷害保険特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	車両保険特約		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
ご職業			年収(事故前年)	約 万円	
労災	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		労災保険給付	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
■事故について					
発生日時	平成 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				<input type="checkbox"/> 男
	住所				<input type="checkbox"/> 女
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	平成 年 月 日				
治療終了日	平成 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)				
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)				
後遺障害の程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(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(別のシートにあります)					

