

交通事故相談票

平成 年 月 日

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) (携帯)	(FAX) (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	
	担当者名		弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ※親族加入保険を確認しましたか
	人身傷害 保険特約		車両保険特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
ご職業	会社員/自営業(会社名) 無職(年金受給:有・無)		年収 (事故前年)	約 万円
労災	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 業務中		労災保険給付	休業補償給付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			療養給付(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		
	住所		
加害者の任意保険	会社名		

■受傷の状況

診断名			
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[病院名:](平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		
通院手段	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[病院名:](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)		

