

# 交通事故相談票

令和 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	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 治療費

## ■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		
	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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 年 月 日)	
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 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)

■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)	
説明	

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