

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		□ 男		
お名前				□ ご本人 □ その他()		□ 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	□ 携帯 □ 自宅 □ 勤務先 □ その他()							
■被害者様について								
フリガナ				生年月日		□ 男		
お名前				年 月 日		□ 女		
任意保険	会社名			TEL				
	担当者			弁護士費用特約	□ 無 □ 有 □ 不明			
	人身傷害保険特約	□ 無 □ 有 □ 不明		車両保険特約	□ 無 □ 有 □ 不明			
ご職業				年収(事故前年)	約 万円			
労災	□ 無 □ 有 □ 不明			労災保険給付	休業補償給付	□ 無 □ 有		
					治療費	□ 無 □ 有		
■事故について								
発生日時	平成 年 月 日			□ 午前 □ 午後 時 分頃				
発生場所								
加害者	氏名						□ 男	
	住所						□ 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			□ 治療中 □ 治癒 □ 症状固定				
通院手段	□ 自家用車 □ 公共交通機関 □ タクシー □ 自転車 □ その他()							
入院	□ 無 □ 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)							
休業	□ 無 □ 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)							
後遺障害の程度	□ 無 □ 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)								

