作成日：　　　　年　　　月　　　日

**法律相談票（交通事故）**

※差し支えのない範囲でご記入ください。ご記入いただいた内容は，ご相談いただいく事件に関して基本的な情報を把握するためだけに使用し，その他の目的に使用したり，第三者に開示したりすることはありません。

|  |
| --- |
| お名前（よみ）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号： |
| 事故発生場所： | 事故発生日時：平成　　年　　月　　日　　　時ころ |
| 事故状況（図）【別に資料をご提出いただく場合には省略していただいてもかまいません。】　 | 事故状況の説明　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　過失割合の争い　□有り　□なし |
| 該当番号に○をつけてください。1.人対車　2.正面衝突　3.側面衝突　4.出会い頭　5.接触　6.追突　7.他（　　　　　　　） |
| 当方保険会社名：　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　　　　　担当部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：弁護士特約　　□有　□なし |
| 相手方の名前（よみ）　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）相手方保険会社名：　　　　　　　　　　　　　　担当者名：担当部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先： |
| 治療機関名：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受傷部位について該当するものに○をつけてください。（部位）頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・眼耳鼻口歯・他（　　　） |
| 診断名： |
| 入院期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日まで　　　□入院していない |
| 通院期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日まで（実通院日数　　日）　　　　　　　　　　　 |
| 治療終了理由について該当するものに○をつけてください。治癒・症状固定・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院の手段について該当するものに○をつけてください。自家用車・公共交通機関・タクシー・自転車・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休業期間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□休業していない |
| 後遺障害等級：　　　　　級　　　　号　　　　　　　　　□未申請　□無 |
| 物損被害：□有（被害物件：　　　　　　　　　被害額：　　　　　　　　）　□無　　□和解済 |
| 事故前の収入について・年収（事故発生の前年）：　　　　　　　・月収（事故発生前３ヶ月の平均）： |



TEL:082-223-0695　FAX;082-223-2652