

相談日：平成 年 月 日

法律相談票（交通事故）

- ・お名前 電話（携帯） (ご自宅)
- ・ご住所 〒
- ・e-mail
- ・生年月日：(M T S H) 年 月 日
- ・ご職業 年収（事故発生の前年） 万円 月収（事故発生前3か月の平均額） 万円
- ・事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分 ころ
- ・事故発生場所
- ・事故状況

事故状況の説明（図での説明）

事故状況の説明（言葉での簡潔な説明）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 1 人対車両 2 正面衝突 3 側面衝突 4 出合い頭衝突 5 接触
6 追突 7 その他

- ・受傷の部位・程度（診断名）
- ・治療開始日 年 月 日 医療機関名：
- ・治療終了日（治癒・症状固定） 年 月 日 医療機関名：
- ・通院の手段 1 自家用車 2 公共交通機関 3 タクシー 4 自転車 5 その他（ ）
- ・入院の有無 入院した（ 年 月 日～ 年 月 日）・入院していない
- ・休業の有無 休業した（ 年 月 日～ 年 月 日）・休業していない
- ・後遺障害の程度（後遺障害等級認定票の記載） 級 号
- ・相手方（加害者）の名前 電話
- ・相手方（加害者）の住所 〒
- ・相手方（加害者）の勤務先
- ・相手方（加害者）の自賠責保険会社
- ・相手方（加害者）の任意保険会社 担当者：
- ・その他の関与者
- ・特に相談したい事項

- ・資料
1 交通事故証明書 2 診断書・診療報酬明細書 3 後遺障害等級認定表 4 休業損害証明書 5 源泉徴収票・確定申告書
6 保険会社からの賠償額の提示 7 その他（ ）