相談日: 平成　　年　　月　　日

法律相談票(交通事故)

お 名 前：
生年月日：(M・T・S・H)　　年　　月　　日 ご 職 業：
住　　所 ：〒

電話番号：(携帯電話)　　(ご 自 宅)
E－mail：　　(メールでのやり取り) □可　　□否

年　　収：(事故前年)　　万円　　(事故前3ヶ月の平均)　　万円/月収
保険会社：(ご 自 身)　　(弁護士費用特約)　□有　　□無
担 当 者：　　電話番号:

事故発生日時：平成　　年　　月　　日　　事故発生現場：　　県　　市

※お持ちいただいた資料の中に、記載がある場合には、記載を省略されても構いません。

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・診断名（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・その他（　　）
(診断名)　脳挫傷・捻挫挫傷・打撲・脱臼・骨折・靭帯損傷・醜状痕・偽関節変形・神経症状・ＣＲＰＳ
機能障害・神経麻痺・筋損傷・その他（　　）

治療機関名（　　・　　・　　）
治療開始日：平成　　年　　月　　日
治療終了日：平成　　年　　月　　日　□まだ治療が終わっていない
通院の手段：□自家用車　□交通公共機関　□タクシー　□自転車　□その他
入院の有無：□有(平成　　年　　月　　日 ～平成　　年　　月　　日)　□無
休業の有無：□有(平成　　年　　月　　日 ～平成　　年　　月　　日)　□無
後遺障害等級：　□有(　　級　　号)　　□無

加害者氏名:
加害者の任意保険会社:　　担当者：　　電話番号：

※特に相談したい事項
□過失割合　　□後遺障害　　□治療について　　□賠償基準について
□その他（　　）

※弊所のホームページをどのようにしてお知りになりましたか？
□Yahoo　　□Google　　□その他（　　）
※どのようなキーワードで検索されましたか？よろしければ検索キーワードを教えてください。
(　　)