

法律相談票(交通事故)

| | | | | |
|---------------|-----------------|-----|-------------|----|
| 相談日 (フリガナ) | 平成 年 月 日 | 性別 | 生年月日(和暦) | 年齢 |
| お名前 | | 男・女 | (S・H) 年 月 日 | |
| 現住所 | 〒 都・県 市・町・村 | | | |
| 連絡先 | 自宅 | | FAX | |
| | 携帯 | | E-mail | |
| ご職業 | 年収(事故発生の前年) | | 万円 | |
| | 収(事故発生前3ヶ月間の平均) | | 万円 | |

1. 事故状況の説明

| (図での説明) | (言葉での簡潔な説明) |
|--|---|
| | <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> |
| 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 | |

2. 症状, 保険について

| | |
|--------|--|
| 受傷の部位 | 頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目・耳・鼻・口・歯 その他() |
| 傷病名 | 頸部捻挫 腰部捻挫 バレ・リュウ症候群 脳挫傷 打撲 脱臼 骨折 靭帯損傷 偽関節変形 神経症状 CRPS 形状障害 醜状障害 機能障害 神経麻痺 筋損傷 高次脳機能障害 不随意運動 転換性障害 脳脊髄液減少症 その他() |
| 症状 | ・ ・ ・ |
| 治療経過 | 入院中・通院中・リハビリ中・治療中断・治療終了・症状固定後通院 後遺障害申請中・損害賠償交渉中 その他() |
| 治療先 | ① ② ③ |
| あなたの保険 | 国保・社保・組合健保・労災適用(あり・なし)・自賠責(あり・なし) 任意保険(あり・なし)・人身傷害保険(あり・なし)・弁護士特約(あり・なし) 傷害保険加入・その他() |

| | |
|--------|--|
| 保険会社 | |
| 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 | 後遺障害等級認定票の記載 級 号 /未 |
| 相手方の名前 | (電話) |
| 相手方住所 | 〒 都・県 市・町・村 |
| 相手方勤務先 | |
| 相手方の保険 | 自賠責(あり・なし)・任意保険(あり・なし)・ひき逃げ・自損事故 その他() |
| 保険会社 | |

3. ご相談になりたい事項についてご記入ください

4. お持ちの資料に○印を付けてください

- ①交通事故証明書 ②診断書・診療報酬明細書 ③後遺障害等級認定票 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()