

相談日:令和 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: (MTSH)

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出会い頭衝突 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)の名称

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

・その他の関与者

・特に相談したい事項

担当者:

・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()

※事務所をどのようにお知りになりましたか?

□事務所HP □弁護士HP □電話帳 □紹介()□その他