法 律 相 談 票（交 通 事 故 ）

令和　　年　　月　　日

相談者氏名	ふりがな 明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）				
住　所	〒 電 話　　－　　－ ＦＡＸ　　－　　－ 携 帯　　－　　－ Email				
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

◆保険会社・事故状況

任意保険会社		自賠責保険会社	
人身傷害保険特約	有　・　無	弁護士費用特約	有　・　無
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	

◆症状

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・保険会社

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		担当者	
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