相談日：平成　　年　　月　　日

法律相談票(交通事故)

ご来所の方のお名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

被害者の方のお名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　収：(事故前年)　　万円　　(事故前3ヶ月の平均)　　万円/月収

生年月日：(M・T・S・H)　　年　　月　　日　　ご職業：

保険会社：(被害者側)　　(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　□ｽﾏｰﾄﾌｫﾝｻｲﾄ　□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。

（　　）