

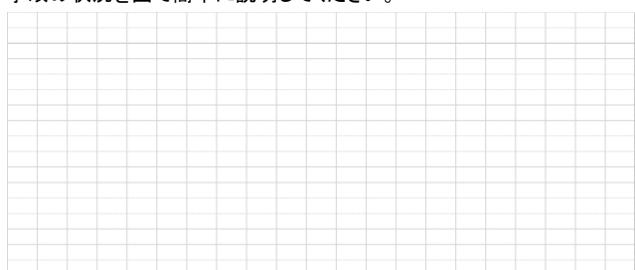
※本相談票の無断複製、複写を禁じます。
※情報セキュリティ確保の観点から相談内容の録音・録画等はすべてお断りしております。

記入日： 年 月 日

(ご相談時間 : ~ :)

	ふりがな		生年月日		
お名前			昭和 年 月 日(才)	男・女	
ご住所	〒				
書類の送付	可・否 (事務所封筒・事務所名のない封筒)				
e-mail	(ご連絡優先順位 1・2・3)				
電話(自宅)	(ご連絡優先順位 1・2・3)				
電話(携帯)	(ご連絡優先順位 1・2・3)				
お電話に出られないお時間帯 午前・午後 時頃 ~ 午前・午後 時頃 / 何時でも可					
ご職業			勤務先		
(事故発生の前年)年収	約 万円		(事故発生前3ヵ月の平均額)月収	約 万円	
ご自身の任意保険に弁護士特約がついていますか？	有・無 (保険会社名：)				
弁護士に依頼したい事項 (番号に○をしてください)	1. <input type="checkbox"/> 人身損害の賠償について 2. <input type="checkbox"/> 物的損害の賠償について 3. 分からない <input type="checkbox"/> 人身損害は解決済 <input type="checkbox"/> 物的損害は解決済				
	・ご相談者本人 ・配偶者 ・お子様(人) ・その他()				
4. 相手方保険会社との見解の相違について <input type="checkbox"/> 過失割合(对) <input type="checkbox"/> 治療期間の打ち切り(年 月 打ち切り) <input type="checkbox"/> 接骨院の利用について等 <input type="checkbox"/> その他()					

■事故の状況(お分かりになる範囲で結構です。)

事故発生日時 (S・H・R)	年 月 日	午前・午後	時 分 頃
事故発生場所	〒		
事故の種類 (該当する全て)	<input type="checkbox"/> 車対車 <input type="checkbox"/> バイク対車 <input type="checkbox"/> 自転車対車 <input type="checkbox"/> 人対車 <input type="checkbox"/> 車対バイク <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出会い頭衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他()		
・事故の状況を図で簡単に説明してください。			
・事故の状況を文章で簡単に説明してください。	<p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>		
・ご相談事項で特に気になる点があれば、ご記入ください。	<p> </p> <p> </p>		

裏面に続きます

受傷の部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目 歯・耳・口・歯・その他()		
診断名		医療機関名 ① ② ③	
現在の症状			
治療開始日	年　月　日	治療終了日(治癒・症状固定)	年　月　日
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　　/ ・ 申請していない		
相手方(加害者)の名前	ふりがな	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	TEL: 担当者:		
当方(被害者)の 任意保険会社	TEL: 担当者:		
その他の関与者			

■お持ちの資料に○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. 保険会社から賠償額の提示 7. その他()

※御相談者様からお預かりした個人情報は厳正に管理し、予め通知又は公表させていただいた目的の達成のために必要な範囲内で使用し、その他の目的のために使用することはありません。