

交通事故相談票

作成日：平成 年 月 日

ふりがな お名前（性別）	_____（男・女）	生年月日	年 月 日（ 歳）
ご住所	〒 _____		
電話（ご自宅）		F A X	
電話（携帯）		ご連絡のつく連絡先	自宅・携帯
ご職業	【年収（事故の前年）約 _____ 万円】 【月収（事故前3ヶ月の平均額）約 _____ 万円】		
事故発生日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃		
事故発生場所	_____		
弁護士費用特約	あり・なし	ご自分が加入されている 任意保険会社	(担当: _____) (TEL: _____)

事故状況（簡単な図をご記載下さい） 1歩行中 2出会い頭衝突 3正面衝突 4追突 5側面衝突 6接触 7その他	事故状況を言葉で簡単にご説明下さい	

【衝突時の速度】	●加害者 約 _____ km	●被害者 約 _____ km
【加害車両車種】	_____	
【被害車両車種】	_____	
【修理費用(被害車両)】	約 _____	万円

受傷の部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目鼻耳口歯・その他（ _____ ）		
傷病名（診断名）	_____		
自覚症状	_____		
治療経過	入院中・通院中・治療終了・後遺障害申請中・損害賠償交渉中・その他（ _____ ）		
入通院医療機関	① _____	② _____	③ _____
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	あり・なし	期間（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）	
休業の有無	あり・なし	期間（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）	
後遺障害認定	あり・なし	後遺障害等級認定票の記載 _____ 級 _____ 号	
相手方氏名	_____		相手方勤務先 _____
相手方住所	_____		連絡先（TEL） _____
相手方の保険	自賠責保険 あり・なし	任意保険 あり・なし	その他 _____
相手方保険会社	担当者： _____		電話： _____

【特に相談したい事項】

※身分証明書について

運転免許証・健康保険証等の身分証明書をご準備ください。