

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	任意保険会社	(担当: _____)

<p style="text-align: center;">事故状況（簡単な図をご記載下さい）</p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">事故状況を言葉で簡単にご説明下さい</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">【衝突時の速度】</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">●加害者 約 _____ km</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">●被害者 約 _____ km</td> </tr> <tr> <td>【修理費用(被害車両)】</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">約 _____ 万円</td> </tr> </table>	【衝突時の速度】	●加害者 約 _____ km	●被害者 約 _____ km	【修理費用(被害車両)】	約 _____ 万円	
【衝突時の速度】	●加害者 約 _____ km	●被害者 約 _____ km					
【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	電話： _____		
相手方住所			
相手方勤務先			
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】

【資料（お持ちの資料に○をお付け下さい）】

- 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 保険会社からの賠償額の提示 7 その他（ _____ ）