相談日:平成　年　月　日

法律相談票(交通事故)

・お名前　　電話(携帯)　　(ご自宅)
・ご住所　〒
・e-mail
・生年月日:（ＭＴＳＨ）　年　月　日
・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
・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

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・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(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
・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

・資料
1交通事故証明書　2診断書・診療報酬明細書　3後遺障害等級認定表　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(　　)

※事務所をどのようにお知りになりましたか？
□事務所HP　□弁護士HP　□電話帳　□紹介(　　)□その他