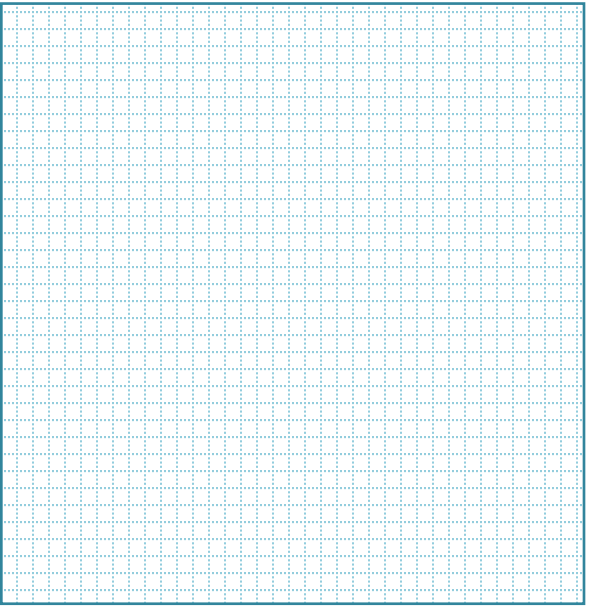


相談日：令和 年 月 日

## 法律相談票（交通事故）

- (ふりがな) ①ご来所の方のお名前 (ふりがな) ②交通事故に遭われた方のお名前
- ③電話（携帯） (ご自宅)
- ④ご住所 〒
- ⑤e-mail ⑥ご職業 自営( ) / 勤務( )
- ⑦生年月日： 年 月 日
- ⑧今回以外も交通事故に遭った いいえ / はい
- ⑨特に相談したい事項：

<p>⑩事故状況</p> <p>事故発生日時 年 月 日 事故発生場所 市</p> <p><input type="radio"/> 相談者側（・車・バイク・自転車・歩行者）</p> <p><input type="radio"/> 相手方（・車・バイク・自転車・歩行者）</p> <p><input type="radio"/> 事故態様：・追突・右直事故・直進同士・左折／右折巻き込み・追越時事故・センターオーバー・逆突・その他( )</p> <p><input type="radio"/> 道路状況：横断歩道上・駐車場内・高速道路上・その他( )</p> <p><input type="radio"/> 労災：業務中／通勤中／非労災 <input type="radio"/> 人身事故届：未／済／届出予定</p> <p>事故状況の補足説明は、以下に記載してください。</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>⑪事故の概要図</p> 
---	--

- 受傷の部位  修理費：相談者側（約 万円） / 相手方（約 万円）
- 通院頻度・通院先  治療開始日 年 月 日
- 治療状況：治療中 / 症状固定 or 治癒（ 年 月 日）  入院：有り（約 日間） / 無し
- 治療中  健保利用 /  労災利用
- MRI 施行：未 / 済（部位： ）  その他画像検査（部位： ）
- 相手方（加害者）の名前
- 相手方（加害者）の任意保険会社 担当者：  休業：有り（約 日間） / 無し
- 加入している任意保険会社 担当者：  弁護士費用保障特約：有り / 無し

特記事項
------