

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> <div style="border: 1px solid blue; height: 250px; background-color: #e0f0ff;"></div>
---	--

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

相手方（加害者）の任意保険会社の電話番号

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

加入している任意保険会社の電話番号

特記事項