

# 交通事故の法律相談票 (東京都新宿区新大久保 まこと法律事務所)

※わかる範囲で結構です。できる限りご記入ください。 作成日 令和 年 月 日

ご相談者様	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	お名前					
	ご住所	〒 -		TEL		
				FAX		
				メール		
ご職業			年収(事故の前年)	約	万円	
			月収(事故前3か月の平均額)	約	万円	
任意保険	会社名			人身傷害保険特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	担当者			車両保険特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	電話			弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
事故について	発生日時	令和 年 月 日		発生場所		
	事故状況(簡単な図をご記載下さい)			事故時の状況を簡単にご説明下さい		
				衝突時の速度	相手 約 km	自分 約 km
				相手車両の車種		
				自分の車両の車種		
				修理費用(自車)		
				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		
相手	名前					
	住所					
	任意保険 <input type="checkbox"/> 有 (会社名 担当者 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
受傷の状況	受傷部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目鼻耳鼻口・その他( )				
	診断名					
	自覚症状					
	治療経過	入院中・通院中・治療終了(症状固定)・後遺障害申請中・損害賠償請求中				
	治療	開始日 令和 年 月 日		終了日 令和 年 月 日		
	入通院	医療機関				
		通院手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他			
	入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)				
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)					
【とくに悩まれていることは何ですか？】						