

相談票（交通事故）

ご来所日 年 月 日

ご記入いただいた内容は、ご相談の事件に関する情報把握のため及び、お知らせ等を送らせていただくためのみに利用し、その他の目的に利用したり第三者に開示することはございません。

1. ご相談者について

あなたのお名前	フリガナ	生年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(歳)
現住所	〒	
連絡先	(電話・携帯)	(メールアドレス)
ご記入いただきました住所・メールアドレスに、当事務所からお客様に事務所報・お知らせ・サービス情報をお送りしてよろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
職業・勤務先		被害者との関係
* よりよいサービスをご提供するため、以下のアンケートにご協力ください。		
当事務所を知ったきっかけ	①弁護士ドットコム ②検索サイト ③車内広告 ④その他()	
②と答えの方は検索サイト名・キーワードをご記入ください。	【キーワードを記入してください】 ・Yahoo! ・Google ・その他() (例:「弁護士 東京」,「法律事務所 不動産」等)	②～④と答えの方は「弁護士ドットコム」で弊所の弁護士紹介をご覧になりましたか。 (はい ・ いいえ)

2. 被害者について（ご相談者と被害者が異なるとき）

被害者氏名	フリガナ	生年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(歳)
現住所	(ご相談者と同じ場合は不要です) 〒	
連絡先	(電話・携帯)	(メールアドレス)
職業・勤務先		
被害者の任意保険会社		弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
担当者	(氏名)	(連絡先)

3. 加害者について（わかる範囲でご記入ください）

加害者氏名	フリガナ	生年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(歳)
現住所	〒	
連絡先	(電話・携帯)	(メールアドレス)
職業・勤務先		

次ページ(裏面)もご記入ください。

加害者の任意保険会社		弁護士 費用特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
担当者	(氏名) (連絡先)		

4. 事故の概要について

事故日時	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ころ
場所	
事故状況の説明(お持ちいただいた資料の中に記載がある場合は省略可)	
<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他	

5. 被害の状況について (わかる範囲でご記入ください)

受傷の 部位			
診断名			
後遺障害 等級	<input type="checkbox"/> 有 (級 号) <input type="checkbox"/> 無		
入院期間	<input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 無		
入院先			
通院期間	<input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 無		
通院先			
休業期間	<input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 無		
年収	(事故前年)	万円	(事故前3カ月の平均) 万円
その他 損害	(内容)	(損害額)	万円
保険会社 との交渉 状況	<input type="checkbox"/> 賠償について具体的な提案を受けている(金額 万円) <input type="checkbox"/> 賠償についてまだ交渉していない		

6. 特に相談したい事項

<input type="checkbox"/> 賠償基準について <input type="checkbox"/> 示談交渉 <input type="checkbox"/> 過失割合 <input type="checkbox"/> 治療費 <input type="checkbox"/> 後遺障害	
その他 ご希望	

担当弁護士記入欄	
結果処理	1. 相談のみ 2. 文書作成 3. 直接受任 4. 継続相談 5. その他()

その他、何かご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。