

## 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、ご相談いただいた事故に関して基本的な情報を把握するためだけに  
使用し、その他の目的に使用したり、第三者に開示したりすることはありません。

### 1. ご相談者について

あなたのお名前	フリガナ	生年月日	
		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		被害者との関係	

### 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	
		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	
		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			
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)		

次ページ（裏面）もご記入ください。

4. 事故の概要について

事故日時	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( 年 月 日 ~ 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 無
入院先	
通院期間	<input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 無
通院先	
休業期間	<input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 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	

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。