担当弁護士：川崎仁寛（佐野総合法律事務所）

法律相談票（交通事故）

●名前：　　●住所　〒
●電話（携帯）：
●e-mail
●生年月日：　　年　　月　　日　　職業：
●交通事故証明書の有無：　□有　□無（以下に事故の概要をご記入ください）
・事故発生日時：　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分ころ
・事故発生場所：
●事故状況

事故状況の説明（図での説明）	文章による補足説明
1人対車両　2正面衝突　3側面衝突　4出合い頭衝突　5追突 6その他接触　7非接触　8その他（　　）	

・受傷の部位・程度（診断名）：
・治療開始日：　　年　　月　　日
・治療終了日（　治癒　・　中止　・　症状固定　）　　年　　月　　日
・医療機関名：
・通院方法　１自家用車　２公共交通　３タクシー　４自転車・徒歩　５その他（　　）
・入院の有無：入院（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）・入院なし
・休業の有無：休業（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）・休業なし
※通院目的で有給休暇を取得した場合は、休業扱いとします
・年収（事故前年、税込）約＿＿＿＿万円　／月収（事故前３か月平均）約＿＿＿＿万円
・入通院費用の支払い　（　相手保険　・　当方保険　・　自己負担　・　支払未了）
・後遺障害の有無（等級認定票の記載）　　級　　号　・　なし（未了）
・相手方（加害者）の名前：　　電話：
・相手方（加害者）の住所：　〒
・相手方（加害者）の勤務先：
・相手方（加害者）の自賠責保険会社：
・相手方（加害者）の任意保険会社：
担当部署名：　　担当者名：
・その他の関与者　氏名・名称（　　）　関係：

・特に相談したい事項

・資料
□交通事故証明書　□診断書・診療報酬明細書　□後遺障害等級認定表　□休業損害証明書　□源泉徴収票・確定申告書
□相手（保険会社）の賠償提示　□車検証　□修理見積書　□立替費用明細　□本人確認書類　□保険証券
※事務所を知った経緯：□事務所HP　□弁護士HP　□電話帳　□紹介（　　）□その他

□　事件処理の内容・結果について、匿名での情報開示にご同意します。