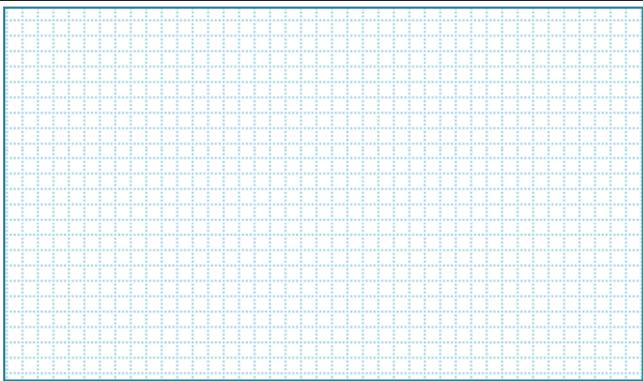


法律相談票(交通事故)

ご相談者様	(ふりがな) 氏名					年齢	才	
	住所	〒						
	連絡先	電話番号(ご自宅・携帯電話など) : _____ E-mail : _____						
	職業		年収	(事故発生の前年) 万円	月収	(事故発生前3か月の平均額) 万円		
	保険関係	任意保険 : (会社名: _____) ・ 無保険 ・ 不明 弁護士費用特約 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ★ご自身の自動車保険に弁護士費用特約を付帯していない場合でも、ご家族の自動車保険に付帯されていると、特約を使用できる場合がございますので、一度ご確認ください。						
事故の状況	事故発生年月日	平成	年	月	日	午前 午後	時 分頃	
	事故発生場所							
	1 正面衝突 2 側面衝突 3 出会頭衝突 4 接触 5 追突 6 人対車両 7 その他							
	事故状況の説明(図での説明)			事故状況の説明(言葉での簡潔な説明)				
				_____ _____ _____ _____ _____				
被害の程度	被害者	物損						
		傷害	(診断名)					
			(入院) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病院名:	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 合計 : 日				
			(通院履歴) 病院名:	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 実日数: 日				
			病院名:	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 実日数: 日				
			<input type="checkbox"/> まだ治療が終わっていない。					
	(通院の手段) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()							
後遺症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 未定(不明) ・ <input type="checkbox"/> 有 (級 号) 症状固定日 平成 年 月 日							
相手方	(ふりがな) 氏名			連絡先				
	保険関係	自賠責保険 : (会社名: _____) 任意保険 : (会社名: _____) ・ 無保険 ・ 不明 (担当者: _____ /電話: _____)						
※相談したい事項 <input type="checkbox"/> 過失割合 <input type="checkbox"/> 賠償基準について <input type="checkbox"/> 治療について <input type="checkbox"/> 後遺症害 <input type="checkbox"/> その他 { _____ }								