

《交通事故 相談カード》

ご記入の上、相談日にご持参下さい
 現在、お判りになる範囲でご記入下さい

※相談日 平成__年__月__日 ※相談に来られた方 本人 配偶者 親子 その他()

ふりがな			ご職業	
氏名				
生年月日	____年__月__日	年齢		
住所	〒			
電話番号	(携帯電話) _____ (ご自宅) _____			
連絡方法	1. 自宅に電話をかけて(□良い □困る) 2. 家族の者に内緒にする必要が(□ある □ない) 3. 郵便物の発送(□事務所封筒 □茶封筒)			
事故前年度年収	_____円	事故前3ヶ月の平均月収	_____円/月	
ご自身加入の保険会社	(保険会社名) (電話番号)	(担当者) (弁護士費用特約) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

事故発生日時	平成__年__月__日	事故発生現場	____県____市
ふりがな		過失割合	ご本人:加害者 (): ()
加害者氏名			
加害者の任意保険会社	(保険会社名) (電話番号)	(担当者名)	

※通院された全ての医療機関を出来る限りご記入ください。

1	治療した医療機関名			
	治療を開始した日	平成__年__月__日	治療が終了した日	平成__年__月__日 <input type="checkbox"/> 現在も治療中
2	治療した医療機関名			
	治療を開始した日	平成__年__月__日	治療が終了した日	平成__年__月__日 <input type="checkbox"/> 現在も治療中
3	治療した医療機関名			
	治療を開始した日	平成__年__月__日	治療が終了した日	平成__年__月__日 <input type="checkbox"/> 現在も治療中
受傷した部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・胸部・腹部・上肢・下肢・眼耳鼻口歯・その他()			
診断名	頸椎捻挫・外傷性頸部症候群・頸椎ヘルニア・腰椎捻挫・腰椎ヘルニア・骨折・脱臼・打撲・醜状痕・機能障害・高次脳機能障害・その他()			
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有(平成__年__月__日~平成__年__月__日)・ <input type="checkbox"/> 無			
後遺障害等級	<input type="checkbox"/> 有(級 号)・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 現在、認定待ち			

特に相談したい事項	<input type="checkbox"/> 後遺障害について <input type="checkbox"/> 賠償基準について <input type="checkbox"/> 治療について <input type="checkbox"/> その他()
相談に来られた経緯	<input type="checkbox"/> パソコンのHPを見て <input type="checkbox"/> スマートフォンサイトを見て <input type="checkbox"/> チラシ・広告を見て(広告名:) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 弁護士会等の団体の紹介 <input type="checkbox"/> その他()

事故状況(図での説明)	<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> その他
事故状況(言葉での説明)	_____ _____ _____ _____ _____