

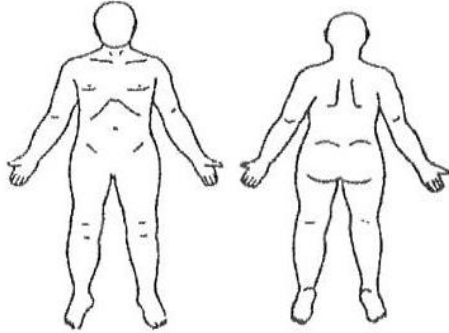
交通事故の法律相談票（物損・人損 [治療中・治療終了]）

相談日時： 年 月 日 時 分 ～ 時 分

担当弁護士：

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日	年齢 歳
電話番号（自宅 / 携帯）		住所 〒	
メールアドレス		ご職業 会社員・役員・自営業・パート・主婦・無職 その他（ ）	
ご加入の保険会社名			
フリガナ 相手方氏名		相手方の任意保険会社名	
弁護士費用特約へのご加入（本人有・親族有・無） ※契約者名：本人・本人以外（ ）			
人身傷害保険へのご加入（有・無・不明）			
物損の示談状況（未示談・示談済み・示談不要 [歩行中 or 車の所有者でない or 車両保険使用]）			
1. 事故の状況 ※事故証明書をお持ちの場合は記載は不要です。		ドライブレコーダー（ある・ない）	
事故日： 年 月 日 時 分頃		警察への届出（物損事故扱い・人身事故扱い）	
場所： 県 市		過失割合 自分の希望 相手（ ）：自分（ ） 相手の主張 相手（ ）：自分（ ）	
自分（ 車・バイク・自転車・徒歩 ）		車等の所有者：自分・自分以外（ ）	
相手（ 車・バイク・自転車 ）		車種： 登録： 年	
事故の態様 人対車両 ・ 追突 ・ 出合頭衝突 正面衝突 ・ 側面衝突・ 接触 その他 （ ）		□修理（修理見積額： 円） □修理済 or 修理中 or 予定 □買換え □検討中 レンタカー使用（有・無）※自社保険 or 相手方	
同乗者（ いる ・ いない ）		※ご自身での車両保険への加入（有・無）	

2. 現在の症状 <痛み・しびれのあるところに○をつけてください>



- ・受傷の部位(該当する箇所に○)
頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・
眼耳鼻口歯・内臓・その他 ()
- ・診断名 (該当する箇所に○)
捻挫・挫傷・打撲・脱臼・骨折・靭帯損傷・機能障害・
神経症状・神経麻痺・醜状その他 ()
- ・症状をお書きください(例 頸部痛, 腰痛, 左手しびれ等)
()

現在治療中 治療を見合わせている(理由:)
治療打切日: 年 月 日(予定・確定)
症状固定日: 年 月 日(予定・確定)

治療機関名(継続中の場合は右の年月日は不要です。分かる範囲でご記入ください。)

- ① _____年 月 日～ _____年 月 日(通院手段: _____) XP・CT・MRI
- ② _____年 月 日～ _____年 月 日(通院手段: _____) XP・CT・MRI
- ③ _____年 月 日～ _____年 月 日(通院手段: _____) XP・CT・MRI
- ④ _____年 月 日～ _____年 月 日(通院手段: _____) XP・CT・MRI
- ⑤ _____年 月 日～ _____年 月 日(通院手段: _____) XP・CT・MRI

入院の有無 無 有 _____年 月 日～ _____年 月 日

休業の有無 無 有 _____年 月 日～ _____年 月 日 未請求 請求済み

治療機関での窓口負担 無 有

- 相手保険会社の支払い 人身傷害保険での支払い 健康保険 or 労災での支払い
- その他 ()

後遺障害等級 無 有 (_____ 級)

3. 弊所のことはどのようにしてお知りになりましたか。

- ネットでの検索(検索エンジン: Google/Yahoo 検索ワード: _____)
- ご紹介 (_____)
- その他 (_____)
- ※閲覧媒体(弊所HP・弁護士ドットコム・ココナラ法律相談・交通事故相談広場・その他 [_____])

4. 特に相談したい事項

- 過失割合 治療 後遺障害 賠償基準 その他 (_____)

5. 留意事項 ※弁護士記入欄のためご記入は不要です。

- ・物損の争点(過失割合、分損 or 全損、修理 or 買替、評価損(_____ %)、リカー返却(必要-不要)、諸費用、携行品 _____)
- ・人損の争点(赤本I-II、入院、休損[会-役-自-主-無] _____)
- ・今後の見込(治療打切 [_____ 月 日] 事後通院 [有-無] 後遺障害 [有-無])
- ・今後の方針 (_____)