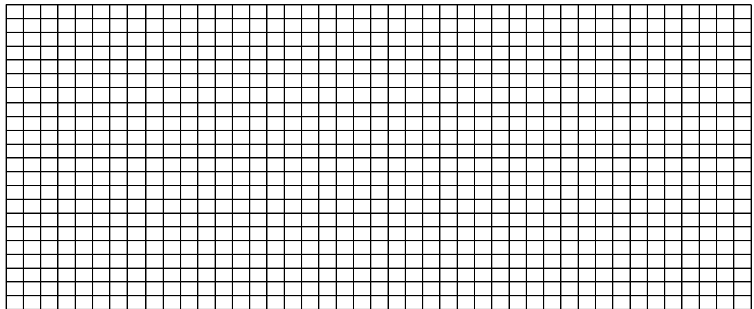


交通事故相談シート

相談年月日	平成 年 月 日		
お名前(性別)	フリガナ (男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 -		
電話(携帯)		電話(ご自宅)	
ご職業	/年収(事故発生の前年) 万円/月収(事故発生前3ヶ月の平均額) 万円		
事故発生日時	平成 年 月 日 AM PM 時 分 ころ		
事故発生場所			

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)
1人対車両 2正面衝突 3側面衝突 4出会い頭衝突 5接触 6追突 7その他	

受傷の部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他()
傷病名	頸部捻挫・腰部捻挫・パレ・リユー症候群・脳挫傷・捻挫挫傷・打撲・脱臼・骨折・靭帯損傷・醜状痕 偽関節変形・神経症状・CRPS・機能障害・神経麻痺・筋損傷・その他()
症状	
治療経過	入院中・通院中・リハビリ中・治療中断・治療終了・症状固定後通院・後遺障害申請中・損害賠償交渉中・その他
治療先	① ② ③
あなたの保険	国保・社保・組合健保・労災適用(あり・なし)・自賠責(あり・なし)・任意保険(あり・なし) 人身傷害保険(あり・なし)・弁護士特約(あり・なし)・傷害保険加入・その他()
保険会社	
通院の手段	1自家用車 2公共交通機関 3タクシー 4自転車 5その他()
入院の有無	入院した(年 月 日～ 年 月 日)・入院していない
休業の有無	休業した(年 月 日～ 年 月 日)・休業していない
後遺障害	後遺障害等級認定票の記載 級 号 / 未
相手方の名前	(電話)
相手方住所	
相手方勤務先	
相手方の保険	自賠責(あり・なし) 任意保険(あり・なし) ひき逃げ 自損事故 その他
保険会社	

・相談したい事項

- ・資料 1交通事故証明 2診断書 3後遺障害等級認定票 4休業損害証明書 5源泉徴収票・確定申告書
6保険会社からの賠償額の提示 7その他