相談日：平成２２年　　月　　日

法律相談票（交通事故）

・お名前　　電話（携帯）　　（ご自宅）
・ご住所　〒
・e-mail
・生年月日：（ＭＴＳＨ）　　年　　月　　日
・ご職業　　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
・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）	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出合い頭衝突　５接触 ６追突　７その他	

・受傷の部位・程度（診断名）
・治療開始日　　年　　月　　日　　医療機関名：
・治療終了日（治癒・症状固定）　　年　　月　　日　　医療機関名：
・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
・後遺障害の程度（後遺障害等級認定票の記載）　　級　　号
・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　　担当者：
・その他の関与者
・特に相談したい事項

・資料
１交通事故証明書　２診断書・診療報酬明細書　３後遺障害等級認定表　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（　　）