

法律相談票(交通事故)

年 月 日

お名前 /

生年月日 / (T・S・H) 年 月 日

ご職業 /

事故発生日時 / 年 月 日

事故発生場所 /

事故状況

<p>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</p>	

傷病名 / ① ② ③

医療機関名 / ① ② ③

治療開始日 / 年 月 日

症状固定日 / 年 月 日

通院の手段 / (自家用車・公共交通機関・タクシー・自転車・その他)

入院期間 / 無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)

休業期間 / 無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)

後遺障害等級 / 級 号 ・ 非該当

物損の示談 / 未・済 (過失割合 :)

ご加入の任意保険会社 /

弁護士特約の有無 / 無・有

相手方の名前 /

相手方の住所 / 〒

相手方の勤務先 /

相手方の自賠責保険会社 /

相手方の任意保険会社 /