相談日：平成　　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出会い頭衝突

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）