

# ＝ 交通事故相談カード ＝

※ご記入のうえ相談日にご持参ください。（現在おわりの範囲でご記入ください。）

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		相談に来られた方 と被害者との関係	□本人 □配偶者 □親子 □その他（ ）
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	[携帯電話] ( ) -	[ご自宅] ( ) -	
特に相談 したい事項			

事故発生日	平成 年 月 日	事故発生現場	都道 府県	市 区
事故状況	【図】			
【説明】	<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> その他			

ふりがな		加害者側 任意保険会社	[会社名]	[担当者名]
加害者氏名			[電話番号] ( ) -	

受傷部位	頭部・顔面・頸椎・胸椎・腰椎・胸部・腹部・上肢・下肢・眼・耳・鼻・口・歯・その他（ ）			
診断名				
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無			
通 院	① 医療機関名			
	期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	② 医療機関名			
	期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
③ 医療機関名				
期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
後遺障害等級等	<input type="checkbox"/> 有（ 級 号） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 認定待ち <input type="checkbox"/> 非該当			
事故前の年収	約 円	事故前3か月の 平均月収	約 円 / 月	
ご自身が加入 している保険会社	[会社名]	[担当者名]	弁護士費用補償特約 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	[電話番号] ( ) -			