

相談シート(交通事故)

年 月 日

お名前 _____

* 分かる範囲でご記入ください。分からない箇所は空欄でもかまいません。

【事故状況について】

1. 事故発生日時 【 年 月 日 時 分頃】

2. 事故の発生場所

発生場所[_____]

3. 事故の当事者(本人)

ふりがな		生年月日	
氏名 (本人)		年 月 日	
職業・勤務先	<input type="checkbox"/> 給与所得(勤務先: _____) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他(_____)	年収	万円

4. 事故の相手方

ふりがな		生年月日	
氏名 (相手方)		年 月 日	
住所	〒 _____		
(備考:その他の関係者等)			

5. 事故の発生状況

(事故状況図)	(事故状況の説明)
あなた(四輪自動車・二輪自動車・自転車・歩行者) 相手方(四輪自動車・二輪自動車・自転車・歩行者)	
[弁護士記入欄] 速度 道路状況 信号または標識	

【事故による損害について】

1. 物損について

- なし
あり(具体的内容)
すでに解決(示談等)している

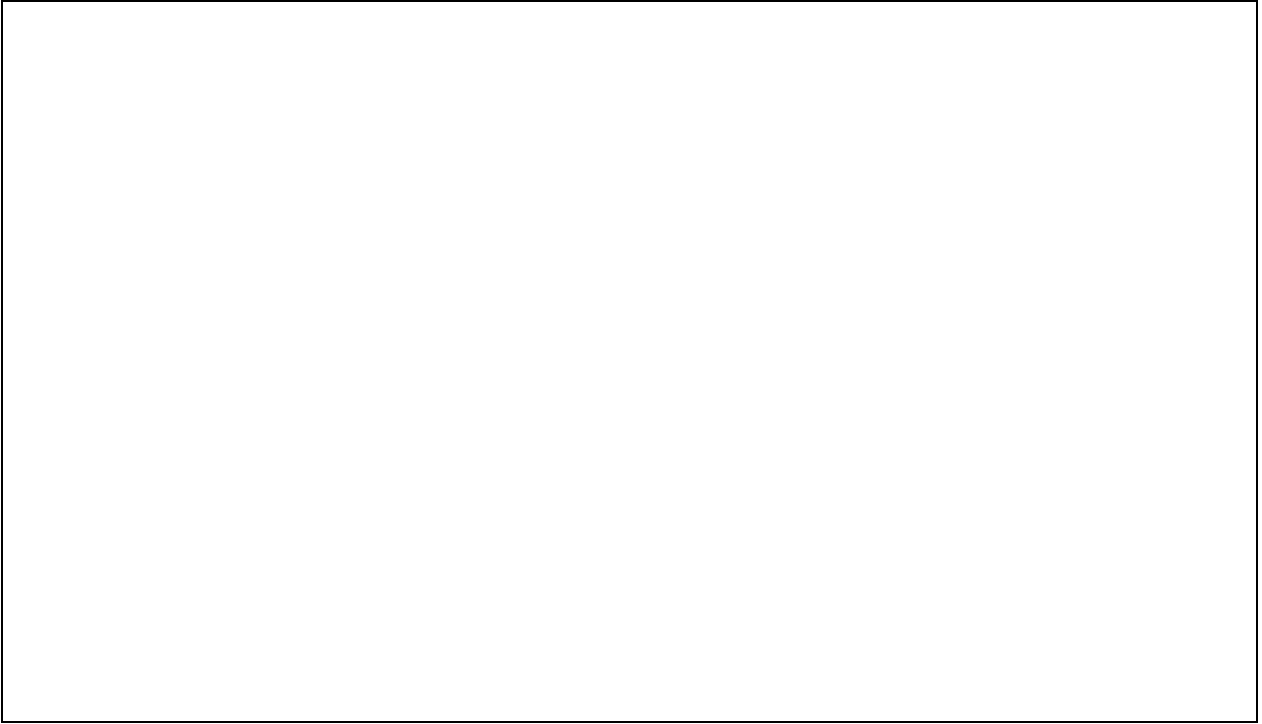
2. 人身傷害について

事故時の受傷部位・診断名について	(受傷部位・診断名等)	
入通院について	入通院の期間	
	(入・通)	年 月 日～ 年 月 日
	(入・通)	年 月 日～ 年 月 日
	(入・通)	年 月 日～ 年 月 日
	(入・通)	年 月 日～ 年 月 日
	(入・通)	年 月 日～ 年 月 日
病院等の名称		
現在の状況について	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> その他()	
後遺症について	後遺症の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()
	後遺症がある場合の内容	
事故による休業について	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	

【その他(保険等)について】

相手方	任意保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	会社名	
			担当者名	
	連絡先			
	自賠償保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
本人	任意保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	会社名	
			担当者名	
			連絡先	
	弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
[弁護士記入欄]本人の保険の特約等について()				
労災	利用の可否	<input type="checkbox"/> 可能(通勤・業務) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()		

【ご相談されたい内容】

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their consultation content. It occupies the upper half of the page.