

※当方記入欄※

ルート	担当	所	国	新

## 相談票(交通事故)

※お分かりになる範囲でご記入下さい。

相談日：平成 年 月 日

開始時間：  午前  午後 時 分

フリガナ			生年月日		
お名前			年 月 日		
ご住所	〒	-	都 道 市 町	府 県 区 村	
電話(自宅電話)	( )	電話(携帯電話)	( )	FAX	( )
メール(携帯・自宅・会社)			メール連絡	<input type="checkbox"/> 可(携帯・自宅・会社) <input type="checkbox"/> 不可	
当事務所からの連絡	【自宅】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【携帯】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【FAX】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【郵送】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
ご職業	<input type="checkbox"/> 給与所得者 <input type="checkbox"/> 自営業(確定申告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )				

### ◆事故等について◆

発生日	平成 年 月 日	発生時刻	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 頃		
発生場所・状況	発生住所	<事故状況図>			
<どんな事故か>					
自身加入任意保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	加入保険会社連絡先	( )
加入保険会社名/部署名			加入保険会社担当者名		
過失割合	<input type="checkbox"/> 提示あり( : ) <input type="checkbox"/> 双方見解に相違あり <input type="checkbox"/> 物損の過失割合と同じ <input type="checkbox"/> 提示なし				
同乗者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※自身以外 名) 同乗者の続柄( )				
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 足・腕(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )				
診断名	<input type="checkbox"/> 頸椎捻挫・腰椎捻挫(むちうち含む) <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> その他( )				
治療	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了(通院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 まで)				
医療機関	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 接骨/整骨院 <input type="checkbox"/> その他( )		通院頻度	週に 回程度	
後遺障害認定	<input type="checkbox"/> 認定待ち	<input type="checkbox"/> 認定済み( <input type="checkbox"/> 事前認定 / <input type="checkbox"/> 被害者請求 ) 級 号 ※後遺障害等級認定票の記載 ※認定結果に対し、異議申立を( <input type="checkbox"/> 希望する / <input type="checkbox"/> 相談してから決める / <input type="checkbox"/> 希望しない )			
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		休業補償の内払い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

### ◆相手方について◆

フリガナ			事故当時の年齢	( )歳 <input type="checkbox"/> 不明( )歳くらい
氏名			連絡先	
住所	〒	-		
相手方保険会社			相手保険会社連絡先	( )

※以下当方記入欄※

(MEMO) \* 相談内容のまとめ、アドバイスの内容、今後の処理についてのメモ