



# 相談カード (交通事故)



受付No.	初回	年 月 日	再来	年 月 日	担当	弁護士
ご相談者様	ご住所	(〒 - ) ※ご相談者様のお名前、ご住所は当事務所からの事務所報の送付に利用する場合があります。事務所報の送付を希望されない場合は、その旨お申し出ください。				
	フリガナ					
	お名前					
	生年月日	T S H	年 月 日	電話	(自宅) (勤務先) (携帯)	
	お勤め先 <input type="checkbox"/> 無職	名称				
		現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休暇中			
		勤続年数	( ) 年			
	ご収入	年収： 万円, 月収： 万円 賞与 (年間) 万円				
	公的扶助 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 月額 ( 万円)				
		保険会社名				
	担当部署 (担当者)					
	連絡先 (電話番号)					
	弁護士費用特約の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
相手方	フリガナ					
	氏名					
	連絡先・住所等					
		保険会社名				
		担当部署 (担当者)				
	連絡先 (電話番号)					
アンケート	当事務所はどちらでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> 以前ご利用された <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者様名： ) <input type="checkbox"/> 事務所ホームページ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ <input type="checkbox"/> 弁護士のお知り合い <input type="checkbox"/> 外部での相談 (弁護士会, 社協など) <input type="checkbox"/> 法テラスからの紹介 <input type="checkbox"/> 弁護士会からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

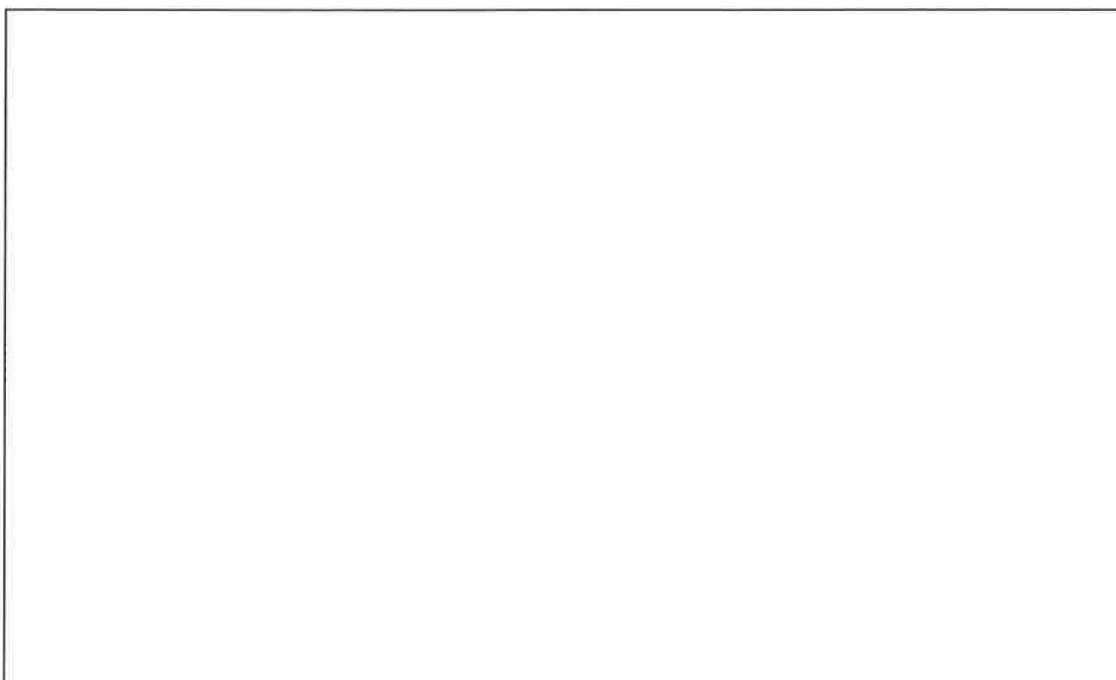
※お手数ですが、別紙にもご記入をお願い致します。

# 法律相談カード（交通事故相談）別紙

ご相談者様名：（ ）

## 1, 事故状況について

事故状況について、簡単な図でご説明ください。



・事故発生日：平成 年 月 日 午前・午後 時頃

・事故発生場所： 県 市 町（ ） 付近

・ご自身の状況

自動車運転中  同乗中  バイク（原付含む）運転中

自転車  歩行者  その他（ ）

・相手方の状況

自動車運転中  同乗中  バイク（原付含む）運転中

自転車  歩行者  その他（ ）

2, 後遺障害について

・事故前の病気や傷害

あり（病気や傷害名： \_\_\_\_\_ ）

なし

・事故による傷害

あり

（事故による傷害名，症状： \_\_\_\_\_ ）

（通院中の病院名，担当医： \_\_\_\_\_ ）

なし

・症状固定

症状固定済み（固定日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

治療中

・後遺障害認定手続

済み（ 後遺障害（ \_\_\_\_\_ ）級  該当せず）

→認定結果に対する異議手続（ 希望する  希望しない）

未了

