弁護士相談シート（交通事故）

※書ける範囲でご記入ください。

|  |
| --- |
| **ご相談者さまについて** |
| **氏　名** |  |
| **住　所** | 〒　　　　- |
| **連絡先** | 電話番号 |
| メールアドレス |
| **保　険** | □国保　□社保　□組合健保労災適用（□あり　□なし）　自賠責保険（□あり　□なし）　任意保険（□あり　□なし） |
| **相手方について** |
| **氏　名** |  |
| **住　所** | 〒　　　　- |
| **連絡先** | 電話番号 |
| メールアドレス |
| **保　険** | 自賠責保険（□あり　□なし）　任意保険（□あり　□なし） |
| **事故状況について** |
| **事故発生日時** | 　　　年　　　月　　　日　　　時ごろ |
| **事故発生場所** |  |
| **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 |
| □人対車両　　□正面衝突　　□側面衝突□出会い頭衝突　　□接触　　□追突□その他【文章での説明】 | 【図での説明】 |
| **受傷部位** | □頭部　□顔部　□頸部　□胸部　□腹部　□背部　□腰部　□腕部　□脚部□その他（　　　　　　　　　　） |
| **傷病名** |  |
| **自覚症状** | □あり（　　　　　　　　　　）　□なし |
| **現在の状況** | □通院中　□入院中　□リハビリ中　□症状固定後　□後遺障害申請中□示談交渉中　□その他（　　　　　　　　　　） |
| **治療先** | 1. ②　　　　　　　　　　③
 |
| **入　院** | □入院した（　　　年　　　月　　　日〜　　　年　　　月　　　日）　□入院していない |
| **通　院** | 通院期間（　　　年　　　月　　　日〜　　　年　　　月　　　日）通院頻度（週　　　回） |
| **休　業** | □休業した（　　　年　　　月　　　日〜　　　年　　　月　　　日）　□休業していない |
| **後遺障害** | □後遺障害等級　　　級　　　号　□未 |
| **相談したいこと** | □慰謝料について　□怪我・治療について　□治療費打ち切りと言われた□症状固定と言われた　□後遺障害等級認定について　□過失割合について□その他 |