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