

受付日：平成 年 月 日 予約日： 月 日 : 西天満/梅田

### 法律相談票（交通事故）

お名前 \_\_\_\_\_ (仮名) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
お電話(携帯) \_\_\_\_\_ (自宅) \_\_\_\_\_ (職場) \_\_\_\_\_  
ご住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

保険会社（ご自身） \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
弁護士特約：有 無, 人身傷害保険：有 無  
事故前年 年収約 \_\_\_\_\_ 万円, 事故前3か月 平均月収約 \_\_\_\_\_ 万円  
保険会社（相手方） \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
示談金額提示 有 ( \_\_\_\_\_ 万 \_\_\_\_\_ 円) 無  
加害者名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

事故日：平成 年 月 日, 事故発生場所： 府・県 市

【事故状況① 図】	【事故状況② 説明】
	----- ----- ----- ----- ----- -----

受傷部位・診断名（○をつけるか、空欄に記入してください）  
（部位）頭 顔 頸椎 腰椎 脊椎 肩 胸腹部 上肢 下肢 骨盤 眼 耳 鼻 口 歯（ \_\_\_\_\_ ）  
（診断名）脳挫傷 捻挫 打撲 脱臼 骨折 靭帯損傷 醜状痕 偽関節 神経症状 機能障害  
神経麻痺 筋損傷（ \_\_\_\_\_ ）  
治療機関（ \_\_\_\_\_ ）  
治療終了：平成 年 月 日に終了（治癒 症状固定） 治療中  
症状固定日：平成 年 月 日, 症状固定前  
入院の有無：有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 無  
休業の有無：有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 合計 \_\_\_\_\_ 日 無  
通院手段：自動車（往復 \_\_\_\_\_ km） 公共交通機関（往復 \_\_\_\_\_ 円） その他（ \_\_\_\_\_ ）  
後遺障害等級：有（ \_\_\_\_\_ 級 \_\_\_\_\_ 号） 無

資料 交通事故証明書 診断書 診療報酬明細書 後遺障害等級認定票  
示談案 休業損害証明書 源泉徴収票・確定申告書 給与明細  
運転免許 健康保険証 他（ \_\_\_\_\_ ）