

## 相談票（交通事故）

小原総合法律事務所 宛 （FAX：053-489-3572）（Mail：info@oharasogo.jp）

※おわかりになる範囲でご記入ください。

### 1 あなた

ふりがな	姓	名	性別	男・女
お名前			国籍	
生年月日	西暦・M・T・S・H 年 月 日			年齢 歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 自宅への郵便物送付不可			
電話番号			E-mail	

### 2 被害者の方 ※交通事故証明書の乙欄に記載されている方

相談者との関係	<input type="checkbox"/> 本人→3へ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ふりがな	姓	名	性別	男・女
お名前			国籍	
生年月日	西暦・M・T・S・H 年 月 日			年齢 歳
住所	〒 ※ご相談者の方と同居されている場合は「同居」とご記入ください。			
電話番号			E-mail	

ふりがな	姓	名	性別	男・女
お名前			国籍	
生年月日	西暦・M・T・S・H 年 月 日			年齢 歳
住所	〒 ※ご相談者の方と同居されている場合は「同居」とご記入ください。			
電話番号			E-mail	

ふりがな	姓	名	性別	男・女
お名前			国籍	
生年月日	西暦・M・T・S・H 年 月 日			年齢 歳
住所	〒 ※ご相談者の方と同居されている場合は「同居」とご記入ください。			
電話番号			E-mail	

### 3 被害者の勤務状況

勤務先		業種		職種	
収入	事故前年の年収	万円	事故前3か月の平均月収	万円	
事故後	配置転換	有・無	減収	有・無	減収後の月収 万円

### 4 加害者の方 ※交通事故証明書の甲欄に記載されている方

ふりがな	姓	名	性別	男・女
お名前			国籍	
住所	〒			
電話番号			E-mail	

**5 任意保険等** ※なしの項目は「なし」とご記入ください。

当方		相手方	
保険会社名		保険会社名	
担当部署・担当者		担当部署・担当者	
電話番号		電話番号	
弁護士費用特約	有・無	自賠償保険会社	
人身傷害保険	有・無	相手方代理人	

**6 事故の状況**

事故発生日時	年	月	日	時頃
事故発生場所				
事故態様	図による説明		言葉による説明	
車両・徒歩	あなた	相手方	ドライブレコーダー	有・無

**7 受傷・通院状況**

入院期間	～	通院期間	～
医療機関		休業期間	～
傷病名		後遺障害認定	級 号
自覚症状			
治療費	<input type="checkbox"/> 健康保険利用 <input type="checkbox"/> 任意保険会社 <input type="checkbox"/> 自賠償保険会社 <input type="checkbox"/> 労災保険		

**8 その他**

過去の事故歴	事故発生日	怪我の内容
物損	示談の有無	争点になっている事柄
	有・無	

**9 弁護士に相談したい事項**