

※お分かりになる範囲でご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前			年 月 日	歳
ご住所	〒 - 都道 市町 府県 区 村			
電話(自宅電話)	( )	電話(携帯電話)	( )	FAX ( )
メールアドレス			メール連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
当事務所からの連絡	【自宅電話】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【携帯電話】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【FAX】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【郵送】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
ご職業	<input type="checkbox"/> 給与所得者 <input type="checkbox"/> 自営業(確定申告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )			
事故発生前の年収	万円	事故発生前 3ヶ月の平均月収	万円	事故発生後 3ヶ月の平均月収
				万円

◆事故等について◆

発生日	年 月 日	発生時刻	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 頃	
発生場所・状況	発生 住所	<事故状況図> 図で簡単に説明してください。		
<どんな事故か> <input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出会頭衝突 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他( ) 言葉で簡単に説明してください。				
自身加入任意保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	加入保険会社連絡先 ( )
加入保険会社名/部署名			加入保険会社担当者名	
過失割合	<input type="checkbox"/> 提示あり ( : ) <input type="checkbox"/> 双方見解に相違あり <input type="checkbox"/> 物損の過失割合と同じ <input type="checkbox"/> 提示なし			
同乗者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※自身以外 名) 同乗者の続柄 ( )			
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 足・腕(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )			
診断名	<input type="checkbox"/> 頸椎捻挫・腰椎捻挫(むちうち含む) <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> その他( )			
治療	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了(通院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 まで)			
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(入院期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 まで			
医療機関	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 接骨/整骨院 <input type="checkbox"/> その他( )	通院頻度	週に 回程度	
通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他			
後遺障害 認定	<input type="checkbox"/> 認定待ち	<input type="checkbox"/> 認定済み( <input type="checkbox"/> 事前認定 / <input type="checkbox"/> 被害者請求 ) 級 号 ※後遺障害等級認定票の記載 ※認定結果に対し、異議申立を( <input type="checkbox"/> 希望する / <input type="checkbox"/> 相談してから決める / <input type="checkbox"/> 希望しない )		
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		休業補償の内払い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

◆相手方について◆

フリガナ		事故当時の年齢	( )歳 <input type="checkbox"/> 不明( )歳くらい
氏名		連絡先	
住所	〒 -		
相手方保険会社		相手保険会社連絡先	( )

◆特に相談したい事項◆

過失割合  後遺障害  治療について  賠償基準について  その他( )

◆持参資料◆

1交通事故証明書 2診断書・診療報酬明細書 3後遺障害等級認定票 4休業損害証明書  
5源泉徴収票・確定申告書 6保険会社からの賠償額の提示 7その他( )