

※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 | ご紹介者(いる場合) |
| お名前 | | | 年 月 日 | 歳 | |
| ご住所 | 〒 - | 都 道 府 県 | 市 町 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/主夫 <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 |
| 加入保険会社名/部署名 | | 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保険証券(弁護士費用特約利用の場合) 8その他 ()