分かる範囲でかまいませんので記入をお願いします。

相談日：令和　　年　　月　　日

法律相談票（交通事故）

・お名前（ふりがな）　　電話

・ご住所　〒

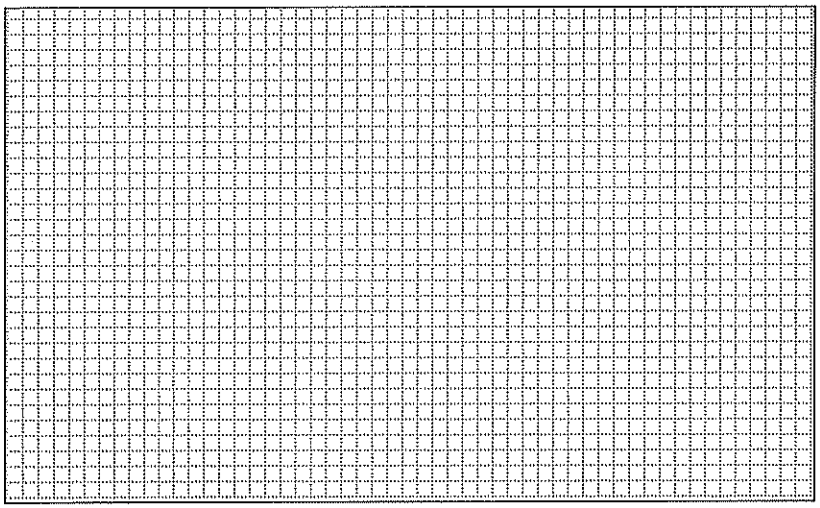
・生年月日：（ＴＳＨＲ）　　年　　月　　日

・ご職業　　年収（事故発生の前年）　　万円　　月収（事故発生前３か月の平均額）　　万円

・事故発生日時　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分ころ

・事故発生場所

・事故状況

事故状況の説明（図での説明）	事故状況の説明（言葉での簡単な説明）
 １人対車両　２正面衝突　３側面衝突　４出合い頭衝突　５接触 ６追突　７その他	

・受傷の部位（診断名）

・治療開始日　　年　　月　　日　　医療機関名：

・治療終了日（治癒・症状固定）　　年　　月　　日　　医療機関名：

・通院の手段　１自家用車　２公共交通機関　３タクシー　４自転車　５その他（　　）

・後遺障害の程度（後遺障害等級認定票の記載）　　級　　号

・相手方（加害者）の名前

・相手方（加害者）の任意保険会社　　担当者：

・ご自身の任意保険会社　　担当者：

・特に相談したい事項（あれば記入）

・資料

１交通事故証明書　２診断書・診療報酬明細書　３後遺障害等級認定表　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（　　）