**交通事故相談フォーム**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　お名前　　（性別） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | ２　　生年月日　 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| ３　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 |
| ４事故発生日時 | 平成　　　　年　　　月　　　　日 | ５事故発生場所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ６　事故状況の説明（図での説明）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 | ７　事故状況の説明（言葉での簡潔な説明）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ８受傷の部位 | 頭部・顔面・頚椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他（　　　　　　　） |
| ９傷病名 | 頚部捻挫、腰部捻挫、バレ・リュー症候群、脳挫傷、捻挫挫傷、打撲、脱臼、骨折、靱帯損傷、醜状痕、偽関節変形、神経症状、CRPS、機能障害、神経麻痺、筋損傷、その他（　　　　　　 ） |
| 10症状 |  |
| 11治療経過 | 入院中・通院中・リハビリ中・治療中断・治療終了・症状固定後通院・後遺障害申請中・損害賠償交渉中・その他 |
| 12治療先 | 1. ②　　　　　　　　　　　　　　　　③
 |
| 13あなたの保険 | 国保、社保、組合健保、労災適用（あり･なし）、自賠責（あり・なし）　任意保険（あり・なし）、人身傷害保険（あり・なし）、弁護士特約（あり・なし）、傷害保険加入、その他（　　　　　　） |
| 14保険会社 |  |
| 15通院手段 | 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（　　　　　　　　　）　 |
| 16入院の有無 | 入院した（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）・入院していない |
| 17休業の有無 | 休業した（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）・休業していない |
| 18後遺障害 | 後遺障害等級認定票の記載　　　　級　　　号　　　　　／未 |
| 19相手方の名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 20相手方の保険 | 自賠責あり・なし　任意保険あり・なし　ひき逃げ　自損事故　その他 |

|  |
| --- |
| 21相談したい事項 |

・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）