# 交通事故相談フォーム

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1　お名前<br>（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 | 令和　　年　　月　　日 | 5事故発生場所 | |

| | |
|---|---|
| 6　事故状況の説明（図での説明）<br><br>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<br>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、靭帯損傷、醜状痕、<br>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）、<br>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（　　）