

## 交通事故相談フォーム

お名前 (性別)	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
		症状固定日・年齢	年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話番号	
		メールアドレス	
ご職業・年収	【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	令和 年 月 日	事故発生場所	
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( )		
あなたの保険会社	【社名】	【TEL】	【FAX】
			【担当者名】

**【事故状況の説明】**  
 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同乗者あり 8その他

**【文章での説明】**

**【事故状況の説明(図での説明)】**

受傷の部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他( )
傷病名	頸部捻挫、腰部捻挫、脳挫傷、捻挫挫傷、打撲、脱臼、骨折、靭帯損傷、醜状痕、偽関節変形、神経症状、機能障害、神経麻痺、筋損傷、その他( )
自覚症状	
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
治療先	① ② ③
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( )
入院の有無	入院した( 年 月 日～ 年 月 日) ・入院していない
休業の有無	休業した( 年 月 日～ 年 月 日) ・休業していない
後遺障害	後遺障害等級認定票の記載 級 号 /未
相手方の名前	
相手方 自賠責保険	自賠責 あり・なし
相手方 任意保険	任意保険あり・なし ひき逃げ 自損事故 その他 <b>【社名】</b> <b>【TEL】</b> <b>【FAX】</b> <b>【担当者】</b>
相談したいこと	

・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( )