

交通事故相談票

淀屋橋・肥塚法律事務所 (FAX 06-6202-1722)

氏名	(性)	(名)
ふりがな	(性)	(名)
被害者との関係 (☑)	☐ご本人 ☐その他の方 (ご本人との関係)	
郵便番号	〒	
住所		
電話番号 (携帯可)		
メールアドレス (任意)		
被害者	※以下の欄は、交通事故被害に遭われた方の情報をお書きください。	
	性別 (☑)	☐男性 ☐女性
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	事故当時の職業	
事故内容	事故日	平成 年 月 日
	発生場所	
	被害者	自動車・二輪車・自転車・歩行者・同乗者・その他
	加害者	自動車・二輪車・自転車・歩行者・同乗者・その他
傷害の内容	診断名 (お怪我の内容)	
	症状固定日	平成 年 月 日
	後遺障害等級申請の有無	有 ・ 無
	後遺障害等級 (☑)	☐等級あり (級) ☐非該当 ☐申請中
	後遺障害の内容	
その他	加害者側任意保険会社名	
	弁護士費用特約の有無	有 ・ 無
	保険会社からの示談金提示	有 ・ 無
	ご相談内容	