

平成 年 月 日

交通事故法律相談票

お名前：

生年月日： 年 月 日 (歳)

住所：〒

電話番号：(携帯) (ご自宅)

e-mail：

ご職業：

年収： 万円 / 月収 (事故前3ヶ月の平均) 万円

ご契約されている保険会社： (弁護士費用特約 有 無)

担当者： (電話番号)

事故発生日時：平成 年 月 日 午前・午後 時 分ころ

事故発生場所：

受傷の部位、程度：(診断名)

骨折、圧迫骨折、脱臼、損傷などがありますか ()

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 ()

通院手段：公共交通機関 自家用車 タクシー その他 ()

入院の有無：有 (年 月 日～ 年 月 日) 無

手術の有無：有 (年 月 日～ 年 月 日) 無

休業の有無：有 (年 月 日～ 年 月 日) 無

後遺障害等級：有 (級 号) 非該当

*MRI等画像所見について異常所見があるなどの指摘を主治医から受けたことがあればご記入ください。

()

*神経学的検査の実施とその所見について主治医から指摘を受けたことがあればご記入ください。

神経学的検査の例：ジャクソンテスト、スパーリングテスト、ラセーグテスト、SLRテスト

()

*その他受けた検査があればご記入ください。

()

加害者氏名：

加害者の自賠責保険会社：

加害者の任意保険会社：

担当者： (電話番号)