



法律相談票（交通事故）

年 月 日

この法律相談票は弁護士業務遂行および連絡等の事務ならびに利害相反関係の確認のために使用します。

フリガナ ご氏名	※ご相談者と当事者（ご本人）が異なる場合、当事者（ご本人）名も別にお書きください。		
生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日 (歳)	性別： 男 ・ 女 ・ その他
住 所	〒 ー		
自宅電話	優先順位 ()	F A X	優先順位 ()
携帯電話	優先順位 ()		
職 業 勤務先	TEL		優先順位 ()
電話の際 弁護士と名乗る ことの可否	可 ・ 不可 その他 ()	弁護士からの 郵送の可否	可 ・ 個人名なら可 ・ 不可 その他 ()
電話の際 家族への伝言 の可否	可 ・ 不可 その他 ()		
フリガナ 相手方氏名	弁護士がついて いれば弁護士名		
相手方住所 連絡先	〒 ー		
相手方 保険会社	(担当者：)	相談者側 保険会社	(担当者：)
収 入	事故前年の年収 円 事故前3か月の平均月収 円	弁護士費用 特約の有無	有 ・ 無
当事務所を どちらでお知り になりましたか	1. L A C 2. 友人・知人 () 3. 弁護士ドットコム 4. ホームページ 5. 他所の法律相談 () 6. 看板 (徳重駅・事務所前) 7. ご近所 8. タウンページ 9. 当事務所に相談・依頼したことがある 10. その他 ()		
取得した個人情報をご事務所からのご挨拶や各種ご案内等の送付に利用させていただいてもよい場合は「○」をつけてください。()			

事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分	事故発生場所	
事故発生状況 (図での説明)			
事故発生状況 (言葉で簡潔に説明ください)	1. 人对車両 2. 自転車対車両 3. 車両対車両 4. その他 () 1. 正面衝突 2. 側面衝突 3. 出会い頭衝突 4. 接触 5. 追突 6. その他 ()		
傷害等の状況	死亡・傷害(部位・程度)	医療機関 連絡先	
入通院期間	入院 無・有 (年 月 日～ 年 月 日) 通院 無・有 (年 月 日～ 年 月 日)		
休業期間	休業 無・有 (年 月 日～ 年 月 日)		
後遺障害	無・未定・有 (内容:) (等級:)		