

交通事故相談シート				相談日		年	月	日	
フリガナ				年齢	生年月日	明 大 昭	年	月	日
当事者氏名	男・女				職業				
					(例：会社員)				
自賠責保険				事故前の3カ月の平均月収 /年収	万円 / 万円				
連絡先			担当者			事故後の月収 / 年収	万円 / 万円		
任意保険				弁護士費用特約加入	有・無				
連絡先			担当者						

フリガナ				年齢	生年月日	明 大 昭	年	月	日
相手方氏名	男・女				職業				
					(例：会社員)				
自賠責保険				任意保険					
連絡先			担当者			連絡先			担当者

事故発生日時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
事故発生場所	県 市						

【事故状況図】	【事故状況の説明】

受傷の部位・程度（診断名）														
治療開始日	平成	年	月	日	入院期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
治癒・症状固定	平成	年	月	日	休業期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
後遺障害等級	級	号	通院手段	自家用車・公共交通機関・タクシー・自転車・その他（ ）										

※お持ちいただいた資料

交通事故証明書
 診断書・診療報酬明細書
 後遺障害等級認定票
 休業損害証明書
 源泉徴収票・確定申告
 保険会社からの提示案
 その他（ ）