交通事故相談票

弁護士法人穂高(fax　06-6365-5383)

相談者	氏名	（被害者との続柄　　）
	住所	
	（固定）電話番号	－　　－
	ＦＡＸ番号	－　　－
	携帯電話番号	－　　－
被害者	氏名	
	住所	
	（固定）電話番号	－　　－
	ＦＡＸ番号	－　　－
	携帯電話番号	－　　－
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
	年齢	事故当時　　歳　／　現在　　歳
	事故当時の職業	
事故内容	発生日	平成　　年　　月　　日　午前・後　　時　　分ころ
	発生場所	
	被害者	自動車・二輪車・自転車・歩行者・同乗・その他
	加害者	自動車・二輪車・自転車・その他
	事故形態	正面衝突・側面衝突・出会い頭衝突・追突・その他
	過失割合(加害者側の主張)	被害者　　％　／　加害者　　％
障害の内容	受傷名（診断名）	
	症状固定日	平成　　年　　月　　日
	後遺障害の内容	
	後遺障害等級	第　　級
その他	相手の保険会社名	
	加害者の刑事処分の結果	不明・罰金刑・懲役刑(実刑・執行猶予)
	争点	過失割合・休業損害・後遺障害等級・逸失利益・慰謝料・介護費用・他

相談事項

お手許にある資料（写しでも可）に☑をお願いします。

☐交通事故証明書　☐事故状況報告書　☐実況見分調書　☐刑事裁判記録　☐診断書　☐後遺障害診断書

☐後遺障害等級認定票　☐相手方保険会社が提示した損害計算書