

交通事故 相談シート

お名前 _____

交通事故に関する情報

①事故に遭われた方

ご本人・ご本人以外（氏名 _____ / あなたとの関係 _____）

②事故発生日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃

③移動手段 あなた 自動車・バイク・自転車・歩行者

相手方 自動車・バイク・自転車・歩行者

④事故状況の概要

※可能であれば、道路の形状、両当事者の位置、衝突地点等が分かるように、図面を描いてください。

損害の状況

①人身傷害 あり・なし 傷病名（ _____ ）

入院 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

通院 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

現在の治療状況 治療中・終了（終了時期 _____ 年 _____ 月）

現在も残っている症状（ _____ ）

②物損 あり・なし（損傷個所、状態 _____）

保険会社

相手方の保険会社名（ _____ ）

ご自身の保険会社名（ _____ ） 弁護士特約 あり・なし

どんなことについてご相談をご希望ですか（あてはまるものに○を付けてください）

- | | |
|------------------|----------------|
| ・ 保険会社の対応 | ・ 後遺障害等級認定 |
| ・ 保険会社からの示談の提示内容 | ・ 過失割合 |
| ・ 治療費打ち切り | ・ 物損 |
| ・ 症状固定 | ・ 死亡事故 |
| ・ 治療費 | ・ 介護費用、自宅改造費 |
| ・ 通院交通費 | ・ その他（ _____ ） |
| ・ 休業損害 | |
| ・ 慰謝料 | |
| ・ 逸失利益 | |