

【相談カード】 事故日：平成 年 月 日

相談日：平成 年 月 日

< 1 相談される方の情報 >

お名前（フリガナ）： _____（ _____ ）

郵便番号・住所： _____

電話番号： _____

メール： _____

生年月日： _____

任意保険： 有（会社名： _____） 無

・人身傷害補償特約 有 無

・弁護士費用特約 有 無

同乗者も怪我をされた場合は同乗者の方の情報

怪我をされたご本人ではない場合はご本人の情報

< 2 相手方の情報 >

相手方の氏名（フリガナ）： _____（ _____ ）

連絡先：

相手方が当事務所に相談・依頼された方の場合、ご相談をお受けできないため

任意保険： 有（会社名： _____）

無 自賠責保険 有（会社名： _____） 無

< 3 事故の情報 >

人身事故届： 済み 未了 する予定なし

あなたの過失について： _____%位と言われている ないと言われている

事故状況：

< 4 被害情報 >

怪我（傷病名）： _____

・入院： 入院中（病院名： _____）
退院済（平成 ____年 ____月 ____日まで）（病院名： _____）
無

・通院： 治療中
（病院名： _____）
（病院名： _____）
（接骨院名： _____）
終了（平成 ____年 ____月 ____日）

・通院手段： 自家用車 電車・バス 徒歩・自転車
タクシー（利用中 / 平成 ____年 ____月 ____日まで）

・休業： 休業中
終了した（期間・日数 _____）
なし

後遺症： なし
治療中のため未定・不明
等級認定済み（ ____級 ____号、症状固定日平成 ____年 ____月 ____日）

物損： 示談済み 示談未了 車両保険使用 なし

その他

（事前に弁護士に伝えておきたいこと、とくに聞きたいことなど）