

①※のある項目は必ずご記入下さい。 ②あてはまる項目の□に✓を入れて下さい。 ③( )内のあてはまるものに○をしてください。 ④その他の場合 [ ] 内にご記入ください。

## 基本情報

お 名 前 等	フリガナ			
	ご相談頂く方のお名前 ※		被害者のお名前 <small>(相談者が被害者本人以外の場合)</small>	
	被害者との関係 ※	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親・兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人・上司・部下 <input type="checkbox"/> その他 [      ]		
ご 連 絡 先	お電話番号 ※		メールアドレス	
	FAX番号 ※			
	都道府県 ※		市区町村以下	

## 交通事故に関する情報

事 故 に つ い て	事故日 ※	平成      年      月      日			
	移動手段 (被害者側) ※	<input type="checkbox"/> 車 (運転・同乗) <input type="checkbox"/> バイク (運転・同乗) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他			
	移動手段 (相手側) ※	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 [      ]			
	事故態様 ※	<input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> 出会い頭 <input type="checkbox"/> 右折/直進 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> その他			
	事故の詳細 ※				
傷 害 ・ 後 遺 症	お怪我をされた部位・傷病名 ※	例①：首、腰 例②：頸椎捻挫、肋骨骨折 例③：左膝靭帯損傷、TFCC損傷			
	後遺症 ※	例①：頸部痛、左手のしびれ 例②：左膝の痛み、可動域制限 例③：左鎖骨の変形 例④：右頬に3cmの瘢痕			

	現在の治療状況 ※	<input type="checkbox"/> 現在も治療中	<input type="checkbox"/> 治療は終了した	<input type="checkbox"/> 症状固定として 現在は治療なし	<input type="checkbox"/> 症状固定としたが 現在も治療中
等級認定	症状固定日 (症状固定とした方のみ)	平成 年 月 日			
	等級認定	<input type="checkbox"/> これから後遺障害診断書を書いていただくところ			
		<input type="checkbox"/> 事前認定（相手方任意保険会社経由の手続き）で ⇒	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/>	級 号
		<input type="checkbox"/> （ご自身による・専門家による）被害者請求で ⇒	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/>	級 号
	<input type="checkbox"/> その他 [                      ] で ⇒	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/>	級 号	
ご相談内容	ご相談内容 ※				
	備考				
補足情報	もしよろしければ以下もご記入下さい。				
	相手方保険会社			ご自身の保険会社	
	弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	治療日数(現時点)	入院	日	通院	日