

相談日： 年 月 日

相談カード（交通事故）

ふりがな（ ）		
お名前：		
住所：〒		
電話：	携帯：	FAX：
e-Mail：	@	
連絡に関するご要望：		
あなたが加入している保険会社：	弁護士費用特約【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】	
相手方が加入している保険会社：		

1 事故状況

発生日時 平成 年 月 日

発生場所

事故態様 【 車対車 車対バイク 車対自転車 車対歩行者
 車単独 その他（ ） 】

事故状況図

2 被害状況

物損事故 人身事故（ 死亡事故 傷害事故 ）

以下は、傷害事故の方のみご回答ください。

(1) けがをした部位・傷病名（ ）

(2) 現在も治療中ですか。【 はい いいえ 】

(3) 治療期間 入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

病院名（ ）

通院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

病院名（ ）

(4) 症状固定日 年 月 日

(5) 後遺障害の認定を受けましたか。【 はい いいえ】

認定を受けた場合 後遺障害等級 級 号

以上で終了です。ありがとうございました。