

法律相談シート

ご提供頂いた個人情報、当法律事務所の相談・事件内容管理（事案把握、利益相反関係のチェック、当事務所からのご連絡等）の利用目的の範囲で利用します。弁護士には守秘義務があり、相談内容を第三者に漏らすことはありません。

【ご持参いただきたい資料】 下記資料のうち、お手元にあるものがございましたら、ご相談の際にお持ち下さい。

- 1) お車に関する資料（**車検証** など）
- 2) ご加入の任意保険に関する資料（**保険証券** など）
- 3) 事故に関する資料（**事故証明書** など）
- 4) 事故による損害に関する資料（**修理費用見積書、診断書、相手の保険会社からの通知** など）

太枠内 をお分かりになる範囲でご記入ください。 （相談日 年 月 日）

マイタウン法律事務所をどこでお知りになりましたか？（該当するものにvを記してください）

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> インターネット(下記よりお選びください)
<input type="checkbox"/> マイタウン法律事務所のホームページ
<input type="checkbox"/> 交通事故法律ガイド
<input type="checkbox"/> 携帯サイト
<input type="checkbox"/> 弁護士ドットコム | <input type="checkbox"/> 交通事故弁護士相談広場
<input type="checkbox"/> 交通事故弁護士相談Café
<input type="checkbox"/> その他検索サイト | <input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳)
<input type="checkbox"/> 市の広報誌（広報〇〇）
<input type="checkbox"/> テレビCM
<input type="checkbox"/> 紹介（紹介者： ）
<input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> タウンニュース
<input type="checkbox"/> その他フリーペーパー
<input type="checkbox"/> 看板 |
|--|---|---|--|






1) あなたについて教えてください

ご 相 談 者	ふりがな	生年月日
	氏名	T・S・H 年 月 日（ 歳）
	住所 〒 -	電話
		FAX
		携帯
※あてはまるものにvを入れてください		
<input type="checkbox"/> 運転者 → 車種・年式（ ）		
→ 車の所有者 <input type="checkbox"/> あなた <input type="checkbox"/> あなた以外（氏名： ）※会社名義の場合は、 会社名を書いてください		
<input type="checkbox"/> 歩行者		
<input type="checkbox"/> 自転車		
任意保険会社名		※保険内容について該当するものにvを記してください
		<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険 <input type="checkbox"/> 車両保険
同乗者		

2) 事故の相手について教えてください

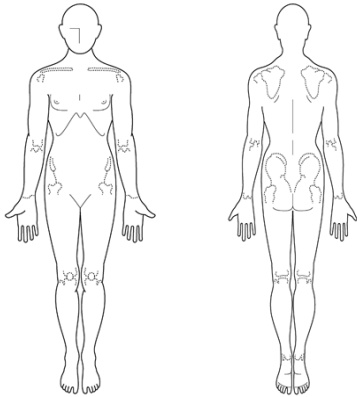
相 手 の 方	ふりがな	生年月日
	氏名	T・S・H 年 月 日（ 歳）
	住所 〒 -	電話
		携帯
※あてはまるものにvを入れてください		
<input type="checkbox"/> 運転者 → 車種・年式（ ） <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 自転車		
任意保険会社名		
同乗者		

3) 事故の状況について教えてください

事故が起こった日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故が起こった場所（住所）							
【事故発生状況図】		1 人对車両 2 正面衝突 3 側面衝突 4 出会い頭衝突 5 接触 6 追突 7 その他					
		車  バイク  自転車  人間  信号 					

※記入欄は以上です。ありがとうございました。

※以下弁護士記入欄

受傷の部位・ 傷病名・ 症状	頭部 頸椎 腰椎 上肢 下肢 目 耳 鼻 口 その他	
治療日・ 治療先・ 交通手段	① ② ③ ④	
損害内訳・ 支払方法	治療費 交通費 休業損害	
職業・年収		
後遺障害	未 / 既	級
交通事故歴・ 既往症		