

担

相談室

相談日 年 月 日

法律相談シート

ご提供頂いた個人情報は、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。

太枠内のみご記入下さい。

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"/> タウンページ(電話帳)	<input type="checkbox"/> タウンニュース
<input type="checkbox"/> マイタウン法律事務所のホームページ	<input type="checkbox"/> 交通事故弁護士相談広場	<input type="checkbox"/> 市の広報誌(広報〇〇)
<input type="checkbox"/> 交通事故法律ガイド	<input type="checkbox"/> 交通事故弁護士相談Cafe	<input type="checkbox"/> その他フリーペーパー
<input type="checkbox"/> 弁護士ドットコム	<input type="checkbox"/> その他検索サイト	<input type="checkbox"/> 看板
<input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください)		<input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください)

ご紹介 様

(1) あなたについて教えてください

あなた	ふりがな	<input type="text"/>	生年月日(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	歳	
	氏名	<input type="text"/>										
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>									
		(建物名・部屋番号)	<input type="text"/>									
	電話番号	携帯	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	自宅	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-
メールアドレス	<input type="text"/> @ <input type="text"/>											

(2) 今回のご相談は、あなたご自身のことですか？

- はい、そうです …(3)にお進みください。
- いいえ、自分以外(家族・知人など)のことについてです …「当事者」欄にご記入ください。

当事者	ふりがな	<input type="text"/>	生年月日(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	歳
	氏名	<input type="text"/>									
	あなたとの関係	<input type="text"/>									

(3) 相手の方について教えてください

相手	ふりがな	<input type="text"/>	生年月日(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	歳	
	氏名	<input type="text"/>										
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>									
		(建物名・部屋番号)	<input type="text"/>									
	電話番号	携帯	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	自宅	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-

(4) あなた(当事者)と、相手の方の、保険等について教えて下さい

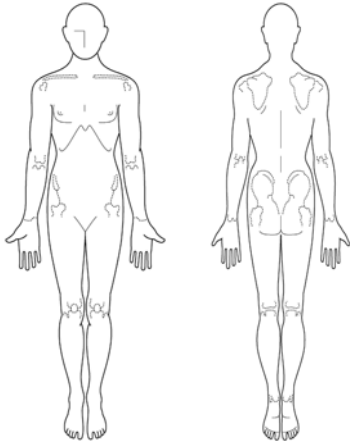
あなた	<input type="checkbox"/> 運転者 車種・年式 <input type="text"/>										
	車の所有者 <input type="checkbox"/> あなた <input type="checkbox"/> あなた以外…名義人 <input type="text"/>										
	<input type="checkbox"/> 歩行者										
	<input type="checkbox"/> 自転車										
任意保険会社	<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 人身傷害保険	同乗者	<input type="text"/>							
	<input type="checkbox"/> 車両保険										
相手	<input type="checkbox"/> 運転者 車種・年式 <input type="text"/>										
	<input type="checkbox"/> 歩行者										
	<input type="checkbox"/> 自転車										
	任意保険会社									同乗者	<input type="text"/>

(5) 事故の発生状況について教えてください

事故が 起こった日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
場所(住所)						
<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出会い頭の衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク, 自転車 <input type="checkbox"/> 人間 <input type="checkbox"/> 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	頭部 頸椎 腰椎 上肢 下肢 目 耳 鼻 口 その他	
治療日	1)	
治療先	2)	
交通手段	3)	
	4)	
損害	治療費 交通費 休業損害	
職業・年収		
後遺障害	未	／ 既 級
事故歴, 既往症		