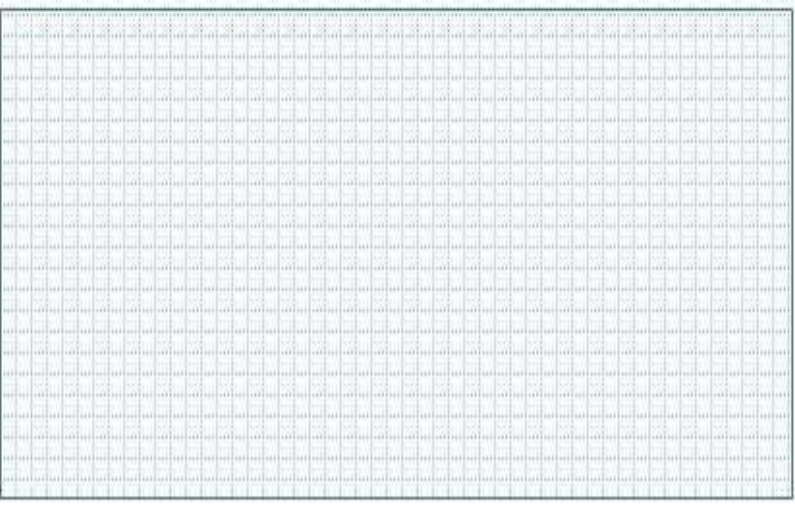
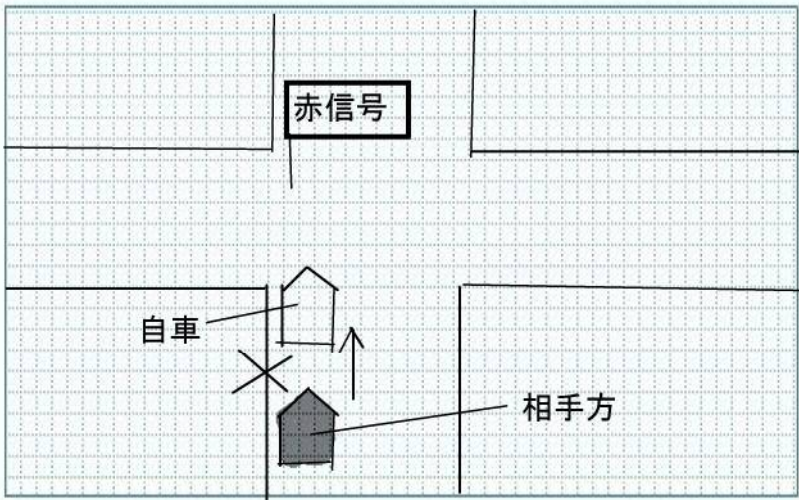


交通事故相談フォーム

相談日 年 月 日

※プリントアウトして相談時にご持参ください

フリガナ ご相談者	(男・女)		
フリガナ 当事者	(男・女)	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
ご住所	〒		
電 話		メール	
事故発生日時	平成・令和 年 月 日 時頃	事故発生時は、 通勤中 / 勤務中 / その他 (具体的な状況)	
			
受傷の部位	・頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他()		
症状	・頸部捻挫・腰部捻挫・脱臼・骨折・神経症状・機能障害・その他()		
治療経過	入院 なし/あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 () 通院 なし/あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 () 治療終了(年 月 日 終了/固定) 後遺障害申請中 / 未申請 / 後遺障害等級認定 級 号		
休業損害	治療のためにお仕事を休んだことが ない / ある ・年収(事故発生の前年) 万円 ・月収(事故発生前3ヶ月の平均額) 万円		
あなたの保険	◇人身傷害保険 : 有・無 ◇車両保険 : 有・無 ◇その他() ◇任意保険会社 [] 弁護士特約 : 有・無		
フリガナ 相手方の名前	(電話)		
相手方保険会社			

フリガナ ご相談者	アステル イチロウ 明日照 一郎 (男・女)		
フリガナ 当事者	アステル ハナコ 明日照 花子 (男・女)	生年月日	T.S.H.R 50年 3月 3日
ご住所	〒 860-0806 熊本市中央区花畑町 1-1		
電話	090-****-@@@@	メール	xx@△△.jp
事故発生日時	平成 令和 30年 7月 1日 13時頃		事故発生時は、 <input checked="" type="radio"/> 通勤中 / 勤務中 / その他 (具体的な状況) 信号待ち停車中に、後ろから追突された。
 <p>赤信号</p> <p>自車</p> <p>相手方</p>			
受傷の部位	・頭部・顔面・ <input checked="" type="radio"/> 頸椎 腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他()		
症状	<input checked="" type="radio"/> 頸部捻挫・腰部捻挫・脱臼・骨折・神経症状・機能障害・その他()		
治療経過	入院 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 () 通院 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (H30年 7月 1日 ~ H31年 4月 30日) 医療機関 (***病院、△△整骨院) 治療終了 (H31年 4月 30日 終了 <input checked="" type="radio"/> 固定) 後遺障害申請中 / <input checked="" type="radio"/> 未申請 / 後遺障害等級認定 級 号		
休業損害	治療のためにお仕事を休んだことが ない / <input checked="" type="radio"/> ある ・年収(事故発生の前年) 350万円 ・月収(事故発生前3ヶ月の平均額) 18万円		
あなたの保険	◇人身傷害保険 : 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 ◇車両保険 : <input checked="" type="radio"/> 有・無 ◇その他() ◇任意保険会社 [× ○ 保険] 弁護士特約 : <input checked="" type="radio"/> 有・無		
フリガナ 相手方の名前	○○ ○○ (電話)		
相手方保険会社	** 保険		