

交通事故相談カード

(わかる範囲でご記入ください。わからなくても相談は可能です。)

記入日： 令和 年 月 日

◆事故等について◆

発生日 平成 年 月 日 発生時刻 午前 午後 時 分 頃

発生場所・状況 発生住所
<事故状況図>
<どんな事故か>

自身加入任意保険 有 無 弁護士費用特約 無 有 加入保険会社連絡先 ()

加入保険会社名/部署名 加入保険会社担当者名

過失割合 提示あり (:) 双方見解に相違あり 物損の過失割合と同じ 提示なし

同乗者 なし あり (※自身以外 名) 同乗者の続柄 ()

受傷部位 頭 首 腰 足・腕 (部位:) その他 ()

診断名 頸椎捻挫・腰椎捻挫(むちうち含む) 骨折 打撲 その他 ()
※診断書があればご持参下さい

治療 治療中 治療終了 (通院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 まで)

医療機関 整形外科 接骨/整骨院 その他 () 通院頻度 週に 回程度

後遺障害認定 認定待ち 認定済み (事前認定 / 被害者請求) 級 号 ※後遺障害等級認定票の記載
※認定結果に対し、異議申立を (希望する / 相談してから決める / 希望しない)

休業 無 有 (年 月 日 ~ 年 月 日) 休業補償の内払い 有 無

◆相手方について◆

フリガナ 事故当時の年齢 () 歳 不明 () 歳くらい

氏名 連絡先

住所 〒 -

相手方保険会社 相手保険会社連絡先 ()

◆その他(気になる点があれば以下に記入して下さい)