

# 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)