

相談カード（交通事故）

相談日：

お名前（ふりがな）		生年月日	歳
	性別（ ）		
ご住所	〒		
電話（携帯）		電話（ご自宅）	
メールアドレス			
ご職業	会社員・自営業・会社役員・パート・アルバイト・主婦・学生・無職・その他（ ） 年収（事故発生の前年） 万円		
事故発生日		事故状況 事故発生場所	別紙 事故発生状況報告書へご記入ください

<物損>

※相手方 ※お客様

示談内容	交渉中 ・ 示談済み（ 示談金額 円 過失割合 対 ）
------	-----------------------------

<人身>

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（ ）		
傷病名	頸椎捻挫・腰部捻挫・脳挫傷・挫傷・打撲・脱臼・骨折・靱帯損傷・醜状痕・神経麻痺・その他（ ） ※目立つ傷痕のこと		
自覚症状			
画像診断	していない・した（ MRI ・ CT ・ X-P（レントゲン） ）		
治療経過	年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中	医療機関名	
	年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中	医療機関名	
	年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中	医療機関名	
	年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中	医療機関名	
症状固定	していない・している（ 症状固定日： 年 月 日 ）		
通院の手段	自家用車 ・ 公共交通機関 ・ タクシー ・ 自転車 ・ その他（ ）		
休業の有無	休業した（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）・休業していない・有給を使用した		
休業損害申請の有無	休業損害を請求し受領した・休業損害を請求し受領したが受領していない・休業損害を請求していない		
後遺障害申請の有無	申請した・申請していない・申請を検討中・申請の予定なし		
後遺障害の認定結果	非該当・認定（ 第 級 号 ）		
過去の後遺障害	過去の事故で後遺障害の認定を受けたことが ない ・ ある（ 時期： ）		
既往症の有無	事故で受傷した部位と同部位を治療したことが ない ・ ある（ 時期： ）		
あなたの保険	健康保険・労災適用（あり・なし）・人身傷害保険（あり・なし）・弁護士費用特約（あり・なし）・ 傷害保険加入・その他（ ）		
あなたの保険会社			
相手方の名前	（ 電話： ）		
相手方の保険	自賠責（あり・なし）・任意保険（あり・なし）・ひき逃げ・自損事故・その他		
相手方の保険会社			