

記入例

相談カード（交通事故）

相談日： 令和6年6月1日

お名前（ふりがな）	おかじま たろう	生年月日	昭和64年1月1日 35 歳
	岡島 太郎		
性別（ 男 ）			
ご住所	〒 XXX-0000 浜松市中央区00町一丁目2番3号		
電話（携帯）	090-XXXX-0000	電話（ご自宅）	053-XXX-0000
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） 300万円		
事故発生日	令和6年4月1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>

示談内容	交渉中・示談済み（示談金額 40万 円 過失割合 9 対 1 ）
------	----------------------------------

<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	首・腰の痛み、重苦しさ、首があまり動かせない
画像診断	していない・した（ MRI ・ CT ・ X-P（レントゲン） ）
治療経過	令和 6 年 4 月 1 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中 医療機関名 △△整形外科
	令和 6 年 4 月 5 日 ～ 年 月 日 入院・通院・治療中 医療機関名 □□接骨院
	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	〇〇火災保険
相手方の名前	×× ×× （電話： 080-0000-XXXX ）
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	××損害保険