

担

相談室

相談日 年 月 日

法律相談シート

ご提供頂いた個人情報は、当法律事務所の相談・事件内容管理(事案把握、利益相反関係のチェック、当事務所からのご連絡等)の利用目的の範囲で利用します。弁護士には守秘義務があり、相談内容を第三者に漏らすことはありません。

太枠内のみご記入下さい。

<input type="checkbox"/> インターネット(下記よりお選びください) <input type="checkbox"/> マイタウン法律事務所のホームページ <input type="checkbox"/> 交通事故弁護士相談広場 <input type="checkbox"/> 交通事故法律ガイド <input type="checkbox"/> 弁護士ドットコム <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="text"/> 様		<input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳) <input type="checkbox"/> 市の広報誌(広報〇〇) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください)		<input type="checkbox"/> タウンニュース <input type="checkbox"/> その他フリーペーパー	
--	--	--	--	--	--

(1) あなたについて教えてください

あなた	ふりがな				生年月日(西暦)	年	月	日	歳	
	氏名									
	住所	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>					
		(建物名・部屋番号)								
	電話番号	携帯	-	-	自宅	-	-			
メールアドレス	@									

(2) 今回のご相談は、あなたご自身のことですか？

- はい、そうです …(3)にお進みください。
- いいえ、自分以外(家族・知人など)のことについてです …「当事者」欄にご記入ください。

当事者	ふりがな				生年月日(西暦)	年	月	日	歳
	氏名								
	あなたとの関係								

(3) 相手の方について教えてください

相手	ふりがな				生年月日(西暦)	年	月	日	歳	
	氏名									
	住所	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>					
		(建物名・部屋番号)								
	電話番号	携帯	-	-	自宅	-	-			

(4) あなた(当事者)と、相手の方の、保険等について教えて下さい

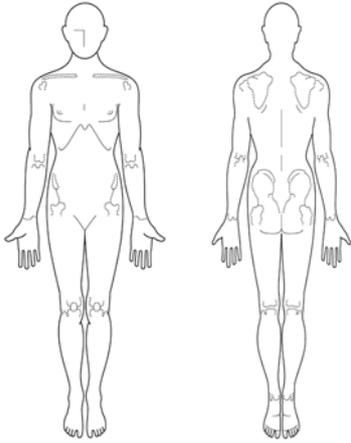
あなた	<input type="checkbox"/> 運転者 車種・年式 <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 自転車	
	車の所有者 <input type="checkbox"/> あなた <input type="checkbox"/> あなた以外…名義人 <input type="text"/>			
	任意保険会社	<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険 <input type="checkbox"/> 車両保険		同乗者
相手	<input type="checkbox"/> 運転者 車種・年式 <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 自転車			
	任意保険会社			同乗者

(5) 事故の発生状況について教えてください

事故が 起こった日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
場所(住所)						
<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出会い頭の衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク, 自転車 <input type="checkbox"/> 人間 <input type="checkbox"/> 信号						

記入欄は以上です。ありがとうございました。

※以下弁護士記入欄

受傷	頭部 頸椎 腰椎 上肢 下肢 目 耳 鼻 口 その他	
治療日	1)	
治療先	2)	
交通手段	3)	
	4)	
損害	治療費 交通費 休業損害	
職業・年収		
後遺障害	未 / 既 級	
事故歴, 既往症		