

## 交通事故 相談シート

事故日	年 月 日		
事故の場所			
当事者	被害者の氏名		
	加害者の氏名		
加害者の任意保険	加入している ・ 加入していない		
	保険会社名		
	担当者名		
弁護士費用特約	利用できる ・ 利用できない		
治療状況	けがの症状		
	入院日数	なし	日間
	通院日数	日間	
	通院頻度		
	通院手段	公共交通機関 ・ タクシー ・ 自家用車 その他( )	
	治療費の負担	保険会社負担 ・ 自己負担	
	後遺障害	あり ・ なし	
	後遺障害認定	認定あり ・ 認定なし	
損害内容	休業	あり ・ なし	
	休業日数	日間	
	業務内容		
	月収	万円	
	休業損害の支払	支払あり ・ 支払なし	