

担 相談室 利相 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。

以下、太枠内のみご記入ください

マイタウン法律事務所をどこでお知りになりましたか？(該当するものにVを記してください)		
<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> タウンニュース	<input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください)
<input type="checkbox"/> ご紹介	<input type="text"/> 様	<input type="text"/>

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									@
	任意保険会社	(会社名)	(担当者名)	<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約	任意保険会社	-	-	TEL	-	-

あなたが、車・バイク等を運転中だった場合

名義人 同乗者 車種/年式

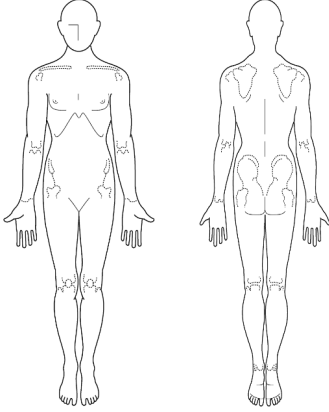
事故の当事者	ふりがな				生年月日 (西暦)	年	月	日	歳
	氏名								
	あなたとの関係								

事故の相手	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)				
	任意保険会社	(会社名)	(担当者名)			任意保険会社	-	-	TEL	-

事故の発生状況について教えてください

事故日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
場所(住所)	<input type="text"/>					
<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						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク、自転車 <input type="checkbox"/> 人間 <input type="checkbox"/> 信号 </div> <div> <p>あなたは…</p> <input type="checkbox"/> 車に乗っていた <input type="checkbox"/> 歩いていた <input type="checkbox"/> [] </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div></div> <div> <p>相手は…</p> <input type="checkbox"/> 車に乗っていた <input type="checkbox"/> 歩いていた <input type="checkbox"/> [] </div> </div>						

※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 治療先 交通手段	1) 2) 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		