

7. 治療終了理由 【 治癒 / 症状固定 】
8. 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 () 】
9. 入院の有無 【 入院した (年 月 日 ~ 年 月 日) / 入院していない 】
10. 休業の有無 【 休業した (年 月 日 ~ 年 月 日) / 休業していない 】
11. 後遺障害の程度 (後遺障害等級認定票の記載) 【 級 号 】
12. 相談者様のご職業と収入 【 職業 : _____ 】
 【 年収 (事故発生の前年) : 万円 ・ 月収 (事故発生前3か月の平均額) : 万円 】
13. 物損被害はありますか 【 有 / 無 】 (被害物件 : _____ 被害額 : _____)

14. その他に、あらかじめ弁護士に伝えておきたいこと等

以上で終了です。ありがとうございました。

ご記入が完了しましたら、当事務所へ郵送いただくか、ご相談の日に直接ご持参ください。

※ 可能な範囲でご用意いただきたい資料

- 1 交通事故証明書 2 診断書・診療報酬明細書 3 後遺障害等級認定表 4 休業損害証明書
 5 源泉徴収票・確定申告書 6 保険会社からの賠償額の提示 7 その他 ()