

相 談 者	フリガナ		電話	
	氏名		携帯	
	住所	〒 -	FAX	
	e-mail	PC	@	
		携帯	@	
	生年月日	(S・H) 年 月 日(歳)	職業	
保 険	種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 労災適用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 自賠償(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 任意保険(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 人身傷害保険(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 弁護士特約(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 傷害保険加入 <input type="checkbox"/> その他()		
	保険会社			

事故現場の状況(道路の幅員・自動車の進行方向・接触地点など)

<図> 	・加害車両の速度 km/h (制限速度 km/h) ・外の車両の速度 km/h (制限速度 km/h) ・天気 晴・曇り・雨・雪 ・視界 良好・不良()
	<input type="checkbox"/> 人対車両 <input type="checkbox"/> 正面衝突 <input type="checkbox"/> 側面衝突 <input type="checkbox"/> 出会い頭衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> その他()

上記の説明(言葉での簡潔な説明)

事故状況をお答え下さい。

1 事故発生日時

平成 年 月 日 午前・後 時 分 ころ

2 事故発生場所

場所 :

管轄警察署 :

3 あなたの立場

加害者 被害者 第三者

4 事故時のあなた

運転者 (自動車 二輪車 自転車)

同乗者 歩行者 その他()

5 相手方

運転者 (自動車 二輪車 自転車)

同乗者 歩行者 その他()

① 氏名 : _____

住所 : _____

TEL : _____

② 本人との関係 _____

③ 関係者氏名および住所 _____

6 紛争または事件の経過

7 相談したい事項

車の損害について (車は修理 済 未了)

ケガ等の補償について 過失割合について

その他()

けがの状態をお答え下さい。

1 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()

2 傷病名

頸部捻挫 腰部捻挫 バレ・リュウ症候群 脳挫傷 捻挫挫傷
 打撲 脱臼 骨折 靭帯損傷 醜状痕 偽関節変形
 神経症状 CRPS 機能障害 神経麻痺 筋損傷
 その他()

3 症状

4 治療経過

入院中 通院中 リハビリ中 治療中断 治療終了
 症状固定後通院 後遺障害申請中 損害賠償交渉中
 その他()

5 治療先

①
②
③

6 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()

7 入院の有無

入院した (年 月 日 ~ 年 月 日)
 入院していない

8 休業の有無

休業した (年 月 日 ~ 年 月 日)
 休業していない

9 後遺障害

後遺障害等級認定票の記載 級 号
 未

<お持ちいただくもの>

- 1 交通事故証明
- 2 診断書
- 3 後遺障害等級認定票
- 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