

交通事故相談カード

※お持ちいただいた資料の中に、記載がある場合には、記載を省略されても構いません。

相談日:平成 年 月 日 : ~ :

相談者	フリガナ 氏名		固定電話	-	-
			携帯電話	-	-
	郵便番号	〒 -	FAX	-	-
	住所				
	E-mail	PC @ 携帯 @ <input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp @ ()			
生年月日	(S・H) 年 月 日 (歳)				
事故の被害にあったのは?		<input type="checkbox"/> 相談者本人	<input type="checkbox"/> 相談者以外(被害者とのご関係:)		
ご契約保険会社名		TEL	-	-	
担当者名		FAX	-	-	
弁護士特約の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

相手方	フリガナ 氏名		固定電話	-	-
			携帯電話	-	-
	郵便番号	〒	FAX	-	-
	住所				
相手方保険会社名		TEL	-	-	
担当者名		FAX	-	-	
任意保険の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

被害者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡	負傷部位	頭部 頸椎(首) 腰椎(腰) 胸 上肢(肩, 腕, 手) 下肢(股関節, 膝, 足) 眼耳鼻口(歯) その他()		
	<input type="checkbox"/> 入院中	現在の症状(例 首が痛い, 手指がしびれるなど)			
	<input type="checkbox"/> 通院中	病院名/入院期間・通院期間			
	<input type="checkbox"/> 中止	1	病院・整骨院	入院期間 日	通院期間 日
	<input type="checkbox"/> その他	2	病院・整骨院	入院期間 日	通院期間 日
	3	病院・整骨院	入院期間 日	通院期間 日	
	4	病院・整骨院	入院期間 日	通院期間 日	

事故内容等	事故日	H 年 月 日 (午前・午後 時 分)			
	事故現場				
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 人身事故 <input type="checkbox"/> 物損事故			
	相談者側		相手側		
	車両 <input type="checkbox"/> 四輪 <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者		車両 <input type="checkbox"/> 四輪 <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 自転車		
学歴 <input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 短大・高専卒 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> 中卒					
職業 ()		年収 (約 万円)			

※事務所使用欄	送付方法 郵送: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	mail: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
---------	---	--