

ファックス相談シート (無料)

FAX: 082-533-7359 (原行政書士事務所)

事故に関する情報

① 事故発生年月日(必須)	平成          年          月          日
② 被害者側移動手段	徒歩   自転車   自動車   その他 (          )
③ 加害者側移動手段	徒歩   自転車   自動車   その他 (          )
④ 事故が起こった場所 及び状況の詳細	
⑤ ケガの部位と傷病名 (診断書の傷病名欄をご覧ください)	
⑥ 現在のケガの具合(痛み、〇〇 が動きにくい・・・などの症 状)	
⑦ 受けた検査項目とその結果	
⑧ 後遺症	あり                                  なし
⑨ ⑧でありに○をされた方 →その内容	
⑩ 後遺障害診断書	あり                                  なし
⑪ 現在の治療状況	治療中   治療終了   症状固定して現在治療していない  症状固定したが現在治療中   その他 (          )
⑫ 症状固定日 (固定された方のみ)	
⑫ 後遺障害等級が認定されてい る場合、その等級と号	級                                  号
⑬ 等級認定の方式	A これから後遺障害診断書を書いてもらう B 事前認定 (任意保険会社に任せてある) C 被害者請求 D その他

⑭ ご相談内容	
⑮ 相手方任意保険会社名	
⑯ ご自身の任意保険会社名	
⑰ 弁護士費用特約	あり    なし
⑱ 現時点での治療日数	入院                          日                          通院                          日

ご相談者様に関する情報

① ご相談者のお名前 (必須)	
② ご相談者の被害者との関係	本人   配偶者   親   兄弟   その他 (       )
③ 被害者のお名前 (相談者と違う場合のみ)	
④ 被害者のご年齢	
⑤ ご連絡先電話番号	
⑥ ご連絡先ファックス番号 (必須)	
⑦ ご連絡先メールアドレス	
⑧ ご住所	

※その他(もし何かございましたら、ご自由にご記入ください。)