

①※のある項目は必ずご記入下さい。 ②あてはまる項目の□に✓を入れて下さい。 ③()内のあてはまるものに○をしてください。 ④その他の場合 []内にご記入ください。

基本情報

お名前等	フリガナ				
	ご相談頂く方のお名前 ※			被害者のお名前 (相談者が被害者本人以外の場合)	
	被害者との関係 ※	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親・兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 友人・上司・部下 <input type="checkbox"/> その他 []
ご連絡先	お電話番号 ※			メールアドレス	
	FAX番号 ※				
	都道府県 ※		市区町村以下		

交通事故に関する情報

事故について	事故日 ※	平成 年 月 日			
	移動手段(被害者側) ※	<input type="checkbox"/> 車(運転・同乗)	<input type="checkbox"/> バイク(運転・同乗)	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他
	移動手段(相手側) ※	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> バイク	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> その他 []
	事故態様 ※	<input type="checkbox"/> 追突	<input type="checkbox"/> 出会い頭	<input type="checkbox"/> 右折/直進	<input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> その他
	事故の詳細 ※				
傷害・後遺症	お怪我をされた部位・傷病名 ※				
	後遺症 ※				
	現在の治療状況 ※	<input type="checkbox"/> 現在も治療中	<input type="checkbox"/> 治療は終了した	<input type="checkbox"/> 症状固定として現在は治療なし	<input type="checkbox"/> 症状固定としたが現在も治療中

