



受傷の部位	頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目 歯・耳・口・歯・その他( )		
診断名		医療機関名	① ② ③
現在の症状			
治療開始日	年 月 日	治療終了日(治癒・症状固定)	年 月 日
通院の手段	1. 自家用車 2. 公共交通機関 3. タクシー 4. 自転車 5. その他( )		
入院の有無	・ 入院した( 年 月 日 ~ 年 月 日) / ・ 入院していない		
休業の有無	・ 休業した( 年 月 日 ~ 年 月 日) / ・ 休業していない		
後遺障害の程度	後遺障害等級認定票の記載 級 号 / ・ 申請していない		
相手方(加害者)の名前	ふりがな	電話	
相手方(加害者)の住所	〒		
相手方(加害者)の勤務先			
相手方(加害者)の自賠責保険会社			
相手方(加害者)の任意保険会社			TEL:
			担当者:
当方(被害者)の任意保険会社			TEL:
			担当者:
その他の関与者			

■お持ちの資料に○を付けてください。

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

※御相談者様からお預かりした個人情報厳正に管理し、予め通知又は公表させていただいた目的の達成のために必要な範囲内で使用し、その他の目的のために使用することはありません。