



FAX相談シート

03-5339-7512

お名前	※必須	(性) _____ (名) _____
フリガナ	※必須	(セイ) _____ (メイ) _____
生年月日	※必須	_____年_____月_____日 _____(歳)
ご住所	※必須	〒 _____ - _____ _____都・道・府・県 _____市・区・町・村
TEL/携帯電話	※必須	() _____ - _____ / () _____ - _____
メールアドレス	※必須	_____@_____
ご職業	※必須	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
弁護士費用特約加入の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事故年月日		_____年_____月_____日
自車側の車両の種類		<input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 大型車両(トラック等) <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 原動機付自転車(50cc~125cc) <input type="checkbox"/> 自動二輪車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他
相手側の車両の種類		<input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 大型車両(トラック等) <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 原動機付自転車(50cc~125cc) <input type="checkbox"/> 自動二輪車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他
同乗者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
具体的事故の態様		
怪我の箇所		<input type="checkbox"/> 首(頸部) <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
怪我の内容		<input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 挫傷 <input type="checkbox"/> 機能障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
通院期間	※必須	<input type="checkbox"/> 1ヵ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 1年以上
入院期間	※必須	<input type="checkbox"/> 1ヵ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 1年以上
後遺障害の有無	※必須	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定
後遺障害の有の場合		_____級_____号
ご相談希望日時	※必須	第一希望日 _____月_____日 _____時_____分 第二希望日 _____月_____日 _____時_____分 第三希望日 _____月_____日 _____時_____分
ご相談内容 なるべく詳しくお書きください	※必須	