

後遺障害認定110番 FAX相談シート

FAX:092-413-1148

TEL:092-413-1146

行政書士 博多総合法務事務所 宛

基本情報

お名前など	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	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ご住所	

交通事故に関する情報

事故について	事故日	平成 年 月 日 時頃					
	移動・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					
傷害・後遺症	お怪我をされた部位・傷病名	部位 頭部 顔面 頸椎 肩 腕(右・左) 手(右・左) 腰 下腿部 その他()					
		部位詳細					
		障害の状態 打撲 骨折 断裂 癒痕(cm × cm) その他()					
		傷病名					
	処置病院名(部門)	病院名		部門～ 整形 外科 内科 心療内科 眼科			
		病院名		部門～ 整形 外科 内科 心療内科 眼科			
	画像撮影の有無	XP	有・無	MRI	有・無	CT	有・無
	後遺症	例①:頸部痛、手や指のしびれ 例②:左膝の痛み、可動域制限 例③:左鎖骨の変形 例④:右頬に3cmの癒痕					
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"/> 症状固定後、現在は治療なし <input type="checkbox"/> 症状固定後、現在も治療中		
等級認定	症状固定日	平成 年 月 日					
	等級認定	<input type="checkbox"/> これから後遺障害診断書を書いていただくところ					
		<input type="checkbox"/> 事前認定(相手方任意保険会社経由の手続き)で ⇒ <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 級 号					
		<input type="checkbox"/> ご自身による・専門家による被害者請求で ⇒ <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 級 号					
ご相談内容	<input type="checkbox"/> 異議申立手続きで ⇒ <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 級 号						
	ご相談内容						
	対応保険等	相手方の保険会社	自賠責保険会社			任意保険会社	
		ご自身の保険会社	任意保険会社				
弁護士等費用特約		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
治療日数(現時点)		入院	日	通院	日		