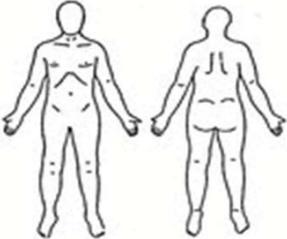
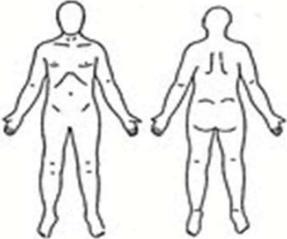


ファックスによるご相談フォーム
 中村・橋本法律事務所 ファックス番号：03-6256-0057
 以下のアンケートをご記入いただき、ファックス願います。

氏名(フリガナ)	()			
年齢, 職業, 性別				
電話番号		住所	〒	
メールアドレス			簡単な事故状況図をお書きください。 受傷部位に印をつけてください。 	
事故年月日	平成	年		月
事故状況 (該当に丸印)	追突、正面衝突 出合頭衝突(信号機あり, なし, 一時停止規制あり, なし) その他()			
ご自身 (該当に丸印)	自動車(運転, 同乗)、歩行者、自転車 バイク(運転, 同乗) その他()			
相手方 (該当に丸印)	自動車、自転車、バイク その他()			
診断名 (該当に丸印)	頸椎捻挫、腰椎捻挫、骨折(骨折部位:) その他()			
受傷部位 (該当に丸印)	頭部、顔面、眼耳鼻口歯、頸椎、腰椎 胸腹部、上肢、下肢 その他()			
現在の症状				
現在の状況 (該当に丸印)	入院中、通院中、治療終了、治療費打切後自費通院中 後遺障害申請中(被害者請求, 事前認定)、損害賠償交渉中、その他()			
治療機関1/通院回数	病院名:	/通院回数:	回	
治療機関2/通院回数	病院名:	/通院回数:	回	
治療機関3/通院回数	病院名:	/通院回数:	回	
自賠責後遺障害等級				
物件損害	未解決、解決済(全損(時価額 万円), 修理(修理費 万円))			
ご自身の保険 (該当に丸印) 保険会社・共済名	人身傷害保険(あり, なし)、弁護士費用特約(あり, なし)、搭乗者傷害保険(あり, なし)			
相手方の保険会社名				
相談したいこと				