

## 相談受付票

受付番号	第 号	受付年月日	平成	年	月	日
相談者	住所	電話 ( )				
	氏名	男・女	生年月日	年	月	日
	被害者との関係	本人・家族・友人・他 ( )				
紹介者	氏名	(勤務先等)				

事故発生日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分頃

事故発生場所 \_\_\_\_\_

事故被害者氏名 本人  
 職業 \_\_\_\_\_ 男・女 ( 歳 )

事故の種別 人身事故 ・ 物件事故  
 相談者(車・バイク・歩行・その他) 相手方(車・バイク・歩行・その他)

加入保険 相談者 任意(有・無) 相手方 任意(有・無)

傷病名 \_\_\_\_\_

治療期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
 入院日数 日 通院実日数 日 計 日

治療機関名 \_\_\_\_\_

死亡 後遺障害( 級 号) 傷害

相談内容