

後遺障害事案整理票

No.

自賠責損害調査事務所	コード	フリガナ	事前認定 (一括払・自損・人傷)			
受付年月日	年 月 日	被 害 者	氏 名	様	自賠責損害調査事務所	コード
受付 No.	—	生年月日	年 月 日	才	受付年月日	年 月 日
自賠責会社	コード	性 別	年 齢	才	受付 No.	—
証明書 No.	コード	職 業	有・無 ()	会 社	会 社	コード
請求者	15 16 被害者 受入者	請求者	様	事故発生日	年 月 日	
事故の形態	車種 大・普通・軽・自動二輪・原付 被害者 自 人転車 運転・同乗・その他	車種 大・普通・軽・自動二輪・原付 相手車 衝突・追突・接触・その他	車種 大・普通・軽・自動二輪・原付 車両車種 転倒・道路外逸脱・衝突・その他	治療開始日	年 月 日	
初診時の傷病名						
初期の病状および態様 (医師の意識障害の所見 有・無 日間 意識障害の程度)						
治 療 経 過	No	病・医院名	治療期間	入院	通院	傷病名、態様、手術、その他
			、		/	
			、		/	
			、		/	
④ 診断書発行医師) 科) 科) 科

傷病名 (現症)	既存障害
自覚症状	
他覚的所見・検査結果	
調査のポイント	