

問診チェックシート

ユーザー名	受け付け年月日	年	月	日
車両番号				
車種				
型式、				
衝突相手	単独、車両、人			
衝突状況	出会い頭、正面衝突、側面衝突、追突、乗り上げ、その他			
天候	事故発生時の晴れ、曇り、雨、雪等と朝、昼、夕方、夜間			日時
衝突速度	停止中、低速、中速、高速 出来れば時速			
着点	どの部位に、どの方向から			
二次損傷	他の部位で損傷の有無			
修理歴	過去に事故修理の有無			
保険	自払い、車両、対物（保険会社名、担当者名）			
事故届け	警察への届け出の有無			
支払い条件	現金 保険 月末			

車の展開図（両側面、上方の3面）損傷個所のしるしを付ける為

