

事故受付用電話連絡シート

運転者名: _____ 事故日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM・PM _____

車名・型式: _____ 登録番号: _____

事故場所: _____

- | | はい | いいえ |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・ 事故現場には旗や標識を立てましたか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ あなたは怪我していますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 誰か人を派遣しましょうか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 相手の車の人は怪我していますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 医者か救急車を呼びましたか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 負傷者をどこへ運びましたか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

病院名: _____ 場所: _____

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・ 警察に連絡しましたか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 保険会社に連絡しましたか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 私の方で保険会社に連絡しましょうか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ あなたの車は動きますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 代替車あるいはレッカー車が必要ですか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ その他運転者へ指示した事項 | | |

事故受付者名: _____ 受付日時: _____ 月 _____ 日 AM・PM _____