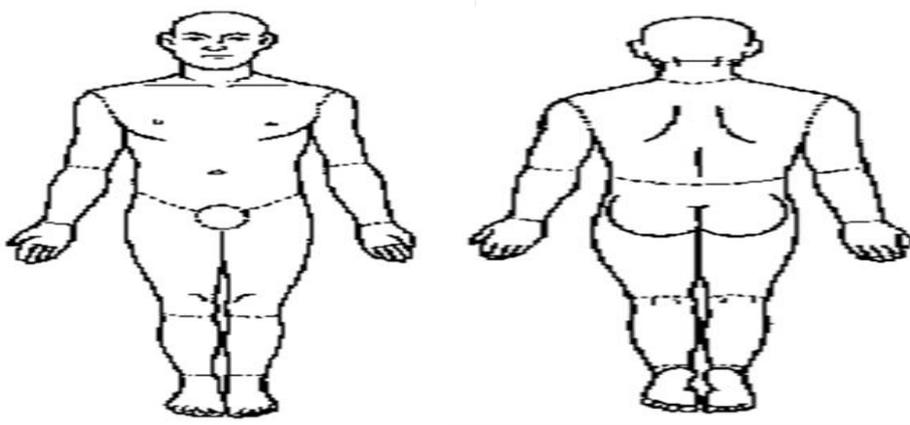


消 防 安 心 F A X

<input type="checkbox"/> 救 急	<input type="checkbox"/> 火 事
<p>どうしましたか？ <input type="checkbox"/> 急病人です <input type="checkbox"/> けが人です</p> <p>誰がですか？ <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> <u>その他</u></p> <hr/> <p>年齢、性別は？ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 【 】歳（位）</p> <p>意識はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>	<p>(何が燃えていますか？) <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> 隣の家</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>けが人、逃げ遅れた人は？ 【<input type="checkbox"/> () 人いる <input type="checkbox"/> いない】</p>

痛い・苦しい・怪我をしているところはどこですか？

<p style="text-align: center;"><u>痛</u> <u>い</u></p> <p style="text-align: center;"><u>苦</u> <u>しい</u></p> <p style="text-align: center;"><u>ケ</u> <u>ガ</u></p>	
(該当するものを○で囲む)	

事前に記入しておいてください	
通報者氏名	
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
住 所	
F A X 番号	
今までの病気	かかりつけ病院 (病院)