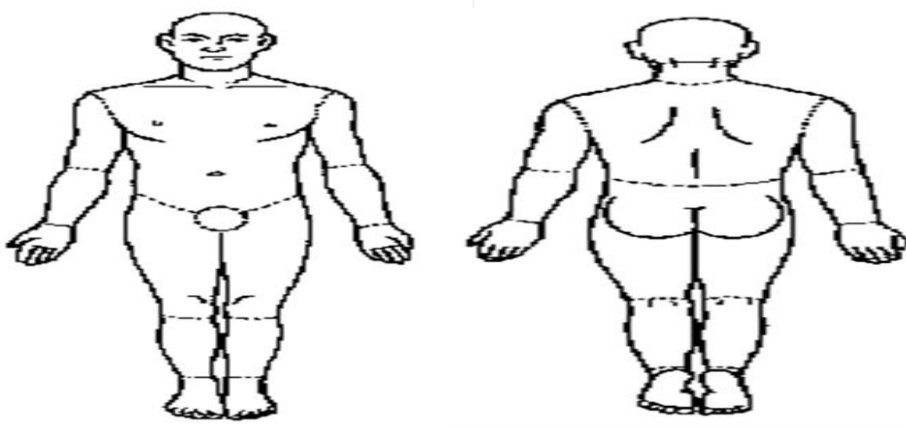


# 消 防 安 心 F A X

<p><b><input type="checkbox"/> 救 急</b></p> <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> <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><b><input type="checkbox"/> 火 事</b></p> <p>(何が燃えていますか？)  <input type="checkbox"/> 自宅   <input type="checkbox"/> 隣の家   <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><u>痛</u>   <u>い</u></p> <p><u>苦</u>   <u>しい</u></p> <p><u>ケ</u>   <u>ガ</u></p>	
<p>(該当するものを○で囲む)</p>	

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)