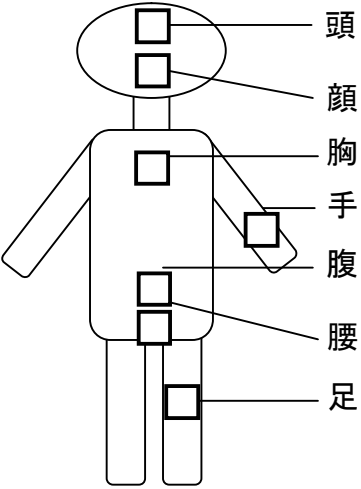


宇城広域連合消防本部 FAX119通報用紙

送信先	局番なしの 119
送信できないときはこちら	0964-23-1199
消防本部が受信すると確認報を送付します。確認が来ない場合は再送信してください。	

該当する にチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 火事	<input type="checkbox"/> 救急・救助	
▼火事の場合は	▼救急・救助の場合は	
≪何が燃えていますか？≫ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 近所の家 <input type="checkbox"/> その他 () このFAXを送信後は安全な場所に速やかに避難してください。	≪誰が？≫ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ≪どうしましたか？≫ <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他() ≪性別・年齢は？≫ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳 ≪意識はありますか？≫ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	≪どこが？≫  ≪どんなですか？≫ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 苦しい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 高熱 <input type="checkbox"/> その他()

■この枠の部分は、前もって書いておいてください。

発信者氏名	男・女	生年月日
住所	電話番号	
	FAX 番号	
かかりつけ病院	電話番号	

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 私は耳が不自由です | <input type="checkbox"/> 私は言葉が不自由です |
| <input type="checkbox"/> 手話通訳が必要です | <input type="checkbox"/> 手話通訳は必要ありません |