

火災救急通報カード

名前		FAX番号	
住所			
年齢	歳	性別	男 ・ 女
かかりつけの病院			

【○印 をつけてください】

火 災 
どこですか？ ・ 自分の家 ・ 近くの山 ・ その他 ()
どうしましたか？ ・ もえている ・ ガスくさい ・ けむりが出ている ・ その他 ()

救 急 
誰ですか？ ・ 本人 ・ その他 ()
どうしましたか？ ・ けが ・ やけど ・ 気をうしなっている ・ 熱が出ている ・ その他 ()

FAX 1 1 9