

情報チェックシート

質問記録書用

(失火者 発見・通報・初期消火者 火元関係者 その他の関係者)

個人	<input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/>	氏名	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="checkbox"/>	生年月日	<input type="checkbox"/>	職業
	<input type="checkbox"/>	連絡先	<input type="checkbox"/>	被災建物との関係	<input type="checkbox"/>	保険加入の有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

行動	<input type="checkbox"/>	いつ	<input type="checkbox"/>	どこで	<input type="checkbox"/>	誰が	<input type="checkbox"/>	何をしていた	<input type="checkbox"/>	どこから見て
	<input type="checkbox"/>	何が (燃えていたのか)	<input type="checkbox"/>	どこが、どのように (燃えていたのか)	<input type="checkbox"/>	何をしたか (発見後)	<input type="checkbox"/>	周囲の状況	<input type="checkbox"/>	初期消火の状況

原因別

放火	<input type="checkbox"/>	可燃物の状況	<input type="checkbox"/>	施錠の有無	<input type="checkbox"/>	不審者の目撃	<input type="checkbox"/>	過去の状況 (放火・嫌がらせ)	<input type="checkbox"/>	近隣とのトラブル
	<input type="checkbox"/>	家庭内のトラブル	<input type="checkbox"/>	危険物の保管状況	<input type="checkbox"/>	合鍵の有無 保管状況	<input type="checkbox"/>	出入り口の状況 (発見者又は消防隊)	<input type="checkbox"/>	過去の窃盗の有無 不審者の有無
たばこ	<input type="checkbox"/>	喫煙の有無	<input type="checkbox"/>	喫煙の場所	<input type="checkbox"/>	灰皿の位置 形状・大きさ	<input type="checkbox"/>	吸い殻の処分方法	<input type="checkbox"/>	喫煙量(喫煙習慣)
	<input type="checkbox"/>	点火方法	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
電気機器	<input type="checkbox"/>	購入年月日	<input type="checkbox"/>	メーカー・形式番号	<input type="checkbox"/>	使用の有無 使用時間	<input type="checkbox"/>	使用方法	<input type="checkbox"/>	配線状況
	<input type="checkbox"/>	周囲の状況 (可燃物との距離)	<input type="checkbox"/>	修理・故障の有無	<input type="checkbox"/>	異音・異臭	<input type="checkbox"/>	停電・火花など	<input type="checkbox"/>	清掃・手入れなど
	<input type="checkbox"/>	スイッチの状況	<input type="checkbox"/>	安全装置の状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
燃焼機器	<input type="checkbox"/>	購入年月日	<input type="checkbox"/>	メーカー・形式番号	<input type="checkbox"/>	使用の有無 使用時間	<input type="checkbox"/>	使用方法	<input type="checkbox"/>	燃料の種類
	<input type="checkbox"/>	配線状況	<input type="checkbox"/>	周囲の状況 (可燃物との距離)	<input type="checkbox"/>	修理・故障の有無	<input type="checkbox"/>	異音・異臭	<input type="checkbox"/>	停電・火花など
	<input type="checkbox"/>	清掃・手入れなど	<input type="checkbox"/>	スイッチの状況	<input type="checkbox"/>	安全装置の状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
車両	<input type="checkbox"/>	車種	<input type="checkbox"/>	購入年月日	<input type="checkbox"/>	走行開始時間	<input type="checkbox"/>	修理・故障の有無	<input type="checkbox"/>	車検・点検状況
	<input type="checkbox"/>	改造等の有無	<input type="checkbox"/>	走行前の異常	<input type="checkbox"/>	走行中の異常	<input type="checkbox"/>	販売店(レンタル店)	<input type="checkbox"/>	

※ 関係者から住宅用火災警報器設置について事情聴取する

「設置の有無」「設置箇所」「作動状況の有無(どの警報器が) (発見～初期消火/避難)」
 「設置の経緯(いつ、どうして設置したか)」