

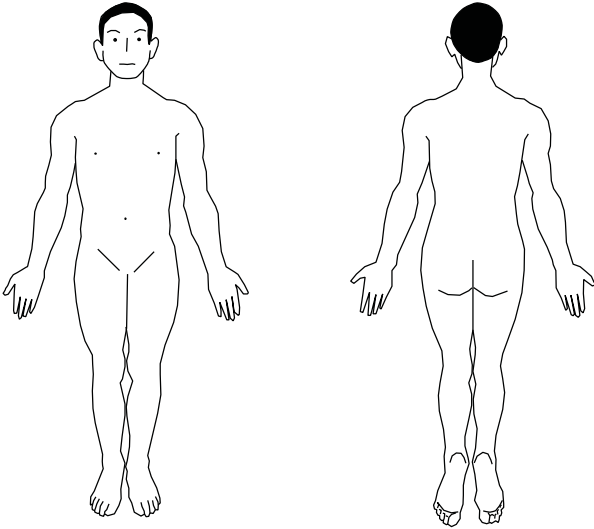
＝海洋危険生物刺咬症事故調査票＝

市町村長殿

報告者名

施設名

記入日 平成 年 月 日

被害者	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		歳
	住所			電話番号			
	生年月日	T・S・H 年 月 日	職業(又は学校名)				
発生場所	市町村名	市・町・村	海岸名(ビーチ名)				
	波打ち際より	m沖	水深	m	<input type="checkbox"/> 砂地 <input type="checkbox"/> 岩場 <input type="checkbox"/> サンゴ		
	クラゲネット	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	ネットの		<input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 外		
発生日時	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時	分		
加害生物を	<input type="checkbox"/> 見た <input type="checkbox"/> 見ていない		生物名:	<input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明			
被害時の行動	<input type="checkbox"/> 遊泳 <input type="checkbox"/> 魚釣り <input type="checkbox"/> スキューバ(潜水) <input type="checkbox"/> 潮干狩り <input type="checkbox"/> 漁労中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()						
事故現場での 応急処置	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 不明						
	方法	<input type="checkbox"/> 食酢 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 緊縛 <input type="checkbox"/> 温湯処置 <input type="checkbox"/> コールドパック <input type="checkbox"/> その他()					
受傷部位			症状 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項				
							
医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 有(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 無						
医療機関への搬送法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()						
被害者は、海洋危険生物のポスターを見たことがありますか？					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
被害者は、海洋危険生物の知識はありますか？					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

*この様式をコピーし、ご使用ください。

*記入後、各管轄福祉保健所生活環境課へご送付ください。