

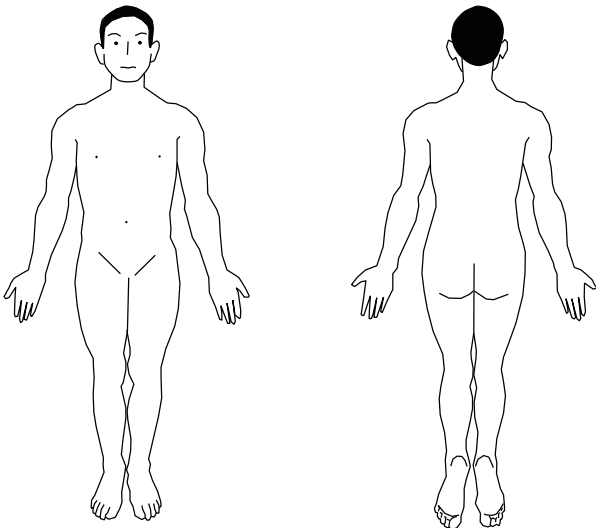
＝ 海洋危険生物刺咬症事故調査票 ＝

保健所長殿

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			重症度 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 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() 治療 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤(経口, 筋, 静) <input type="checkbox"/> 抗生剤(経口, 筋, 静, 塗布) <input type="checkbox"/> ステロイド(経口, 筋, 静, 塗布) <input type="checkbox"/> 温電法 <input type="checkbox"/> その他()			
						
受診までの時間	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間未満 <input type="checkbox"/> 12時間未満 <input type="checkbox"/> 2日未満 <input type="checkbox"/> 2日以上 <input type="checkbox"/> 不明					
入院	<input type="checkbox"/> 有(日) <input type="checkbox"/> 無		写真撮影(局所)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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。