

## ＝ 海洋危険生物刺咬症事故調査票 ＝

保健所長殿

報告者名

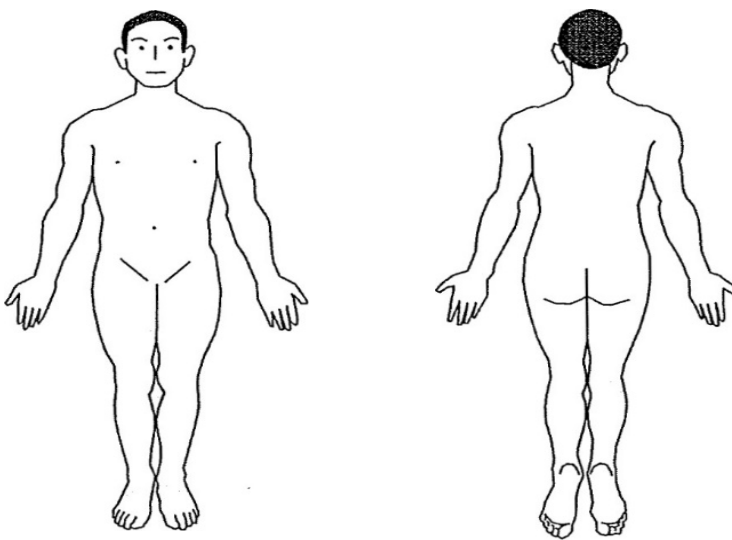
施設名

記入日

年

月

日

被害者	住所	<input type="checkbox"/> 県内（市・町・村） <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> 海外	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
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	
発生日時	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てご使用ください。

\*記入後、各管轄保健所海洋危険生物担当班へご送付ください。