

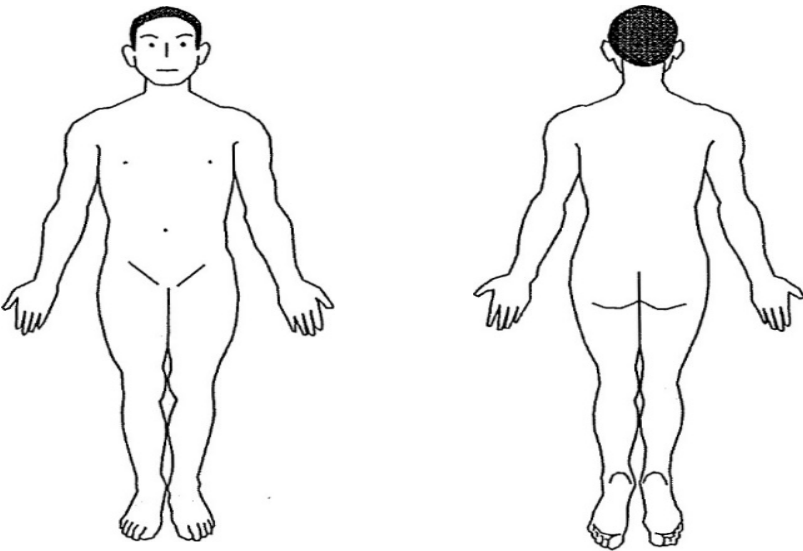
## ＝ 海洋危険生物刺咬症事故調査票 ＝

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 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 外		
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。