

## ＝ 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"/> サング		
	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			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"/> アロピ <sup>®</sup> (経口, 筋, 静, 塗布) <input type="checkbox"/> 温罨法 <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て使用ください。

\*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。