別紙２：監視機関，ビーチ用

＝海洋危険生物刺咬症事故調査票＝

保健所長殿

報告者名

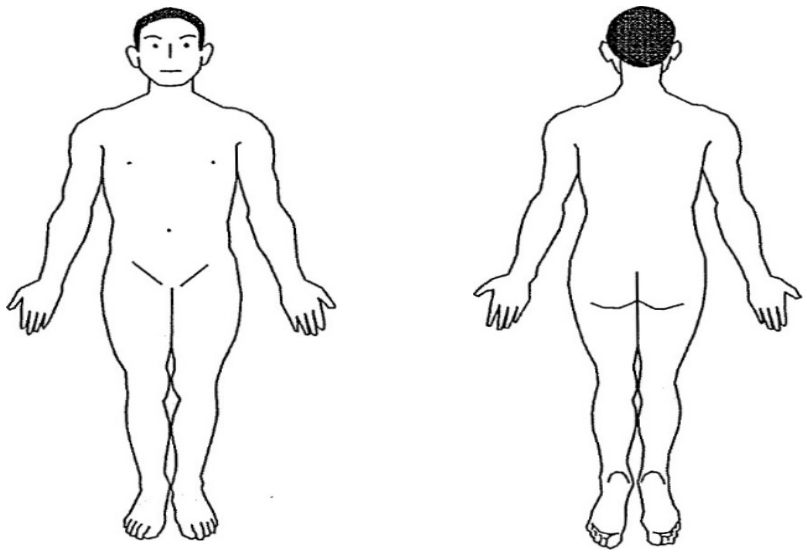
施設名

記入日　　年　　月　　日

被 害 者	住　　所	□県内（　　市・町・村） □県外　□海外	性別	□男　□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	□砂地　□岩場　□サンゴ	
	クラゲネット　□有　□無　□不明		ネットの　□内　□外	
発生日時	年　月　日　□午前　□午後　時　分			
加害生物を	□見た　□見ていない	生物名:　□疑い　□不明		
被害時の行　動	□遊泳　□魚釣り　□スキューバ(潜水)　□潮干狩り　□漁労中 □不明　□その他(　　)			
事故現場での応急処置	□した　□しない　□不明			
	方 法	□食酢　□消毒　□吸引　□緊縛　□温湯処置　□コールドパック □その他(　　)		

受傷部位



症状

□かゆみ　□痛み　□発熱

□腫脹　□不明

□その他(　　)

特記事項

医療機関の受診	□有（医療機関名：　　）　□無
医療機関への搬送法	□救急車　□タクシー　□自家用車　□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?	□有　□無
被害者は,海洋危険生物の知識はありますか?	□有　□無

＊この様式をコピーしご使用ください.

＊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.