

## ＝ 海洋危険生物刺咬症事故調査票 ＝

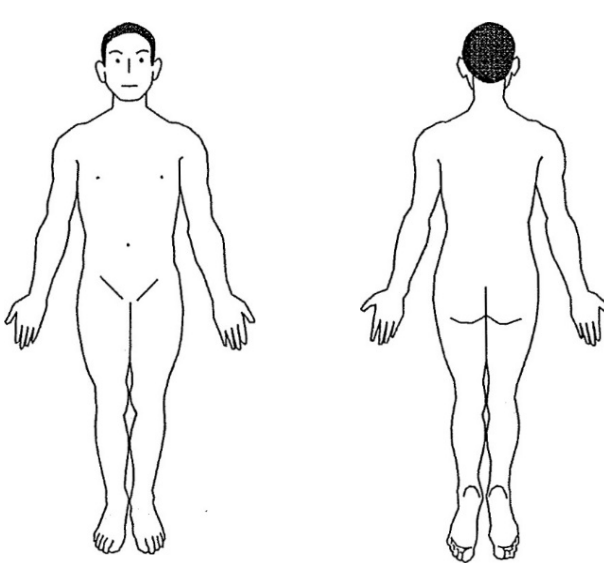
保健所長殿

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"/> ステロイド (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。