

光化学スモッグ被害状況調査票

No. _____

〔健康調査〕

氏名		性別	男・女	年齢	
職業		連絡先 (TEL)			
現住所					
被害場所					
被害日時	令和 年 月 日 ()		時～ 時		
被害時の行動					
被害状況	頭	1. いたい 2. おもい 3. ふらふらする 4. なし			
	目	1. チカチカする 2. 涙がでる 3. その他 () 4. なし			
	臭	1. あり () 2. なし			
	のど	1. いたみあり 2. なし			
	せき	1. あり 2. なし			
	吐気	1. あり 2. なし			
	手足	1. しびれた 2. しびれていない 3. 脱力感			
	その他の症状				
	最初の症状		特に耐えがたい症状		
	被害回数	今年 回目の被害			
治療	受診	受診先病院名：			
	未受診	1. 洗眼 2. うがい 3. その他			
既往歴等	既往歴 () 現症 ()				
その他参考事項					
令和 年 月 日	時調査	調査員	印		

光化学スモッグ被害調査票（集団）

発信者

受信者

①	届出日時	令和 年 月 日 () 時 分 (電話、直接)						
②	発生時間	時～ 時 (情報受信)			時 分			
③	所在地							
④	名称	(TEL)						
⑤	代表者名							
⑥	施設周囲の状況	主要道路： 工場等：						
⑦	施設建築の概要	建物の構造		木造	鉄筋	階建		
⑧	被害発生	屋内		階	窓側	真中		
	の場所	屋外		授業中 休憩中 放課後 休日 その他	開 閉 開 閉	体育内容		
⑨	被害の状況	組別	在籍数		被害者数		重症者(再掲)	入院者(再掲)
	クラス数 生徒数 職員数		男	女	男	女		
	計							
⑩	症 状	人 数			症 状	人 数		
		男	女	計		男	女	計
	1 眼				6 め ま い			
	2 の ど				7 頭 痛			
	3 せ き				8 嘔 吐			
	4 た ん				9 脱 力 感			
5 息 苦 し さ				10 そ の 他				
⑪	処 置	医師の処置 有 () 無 施設でとった処置						
⑫	におい	あり (臭) なし						
⑬	植物の被害	あり なし						
⑭	視程障害	あり km なし						
⑮	1 天 候	気温 ℃ 湿度 % 天気						
	2 風向・風速	風向 風速 (無風・微風・弱風・強風)						
	3 その他							

注) ⑨については、生徒、職員の総数並びに被害者数の総数のみでよい。
被害場所を明示した施設の見取図・施設周辺の略図を添付のこと。