

様式2

光化学オキシダント被害連絡受付票

受理機関名

受理年月日 令和 年 月 日

受理担当者名

届出者	氏名又は名称	
	住所又は所在地	
被害者	氏名 ※	(職業： ) (年齢： )
	住所	

※学校の場合は、学年別、性別の被害者数を記入した別紙を添付する。

1 発生日時	月 日	午前 時 分頃 ~ 午後 時 分頃まで
2 発生場所 (具体的に)		所在地 市 町
3 症状を感じたときの活動状況	(1) 屋外で運動又は競技中 (4) 道路等を通行中 (2) 屋外で作業又は仕事中 (5) その他(屋外で) (3) 屋内で授業又は執務中 (6) その他(屋内で)	
4 被害訴え者分類		
	人員	
項目	男	女 計
(1) 目がチカチカする	名	名 名
(2) 涙がでる		
(3) せきがでる		
(4) のどが痛い		
(5) はきけがする		
(6) その他		
計		

自発的訴え 人  
アンケート 人

5 重症者とその症状

氏名	年齢	性別	学年(職業)	症状

6 処置

- |         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| (1) 洗顔  | 名 | (5) 医師の手当 | 名 |
| (2) うがい | 名 | (6) 帰宅    | 名 |
| (3) 休息  | 名 | (7) 入院    | 名 |
| (4) 安静  | 名 | (8) その他   | 名 |

処置後の経過

(医師の手当又は入院の場合は、下記に医師又は医療機関名)

7 症状を感じたときの気象状況等 (いずれかを○でかこむ)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| (1) 天候 (晴、くもり、雨) | (2) 風 (強、弱、やや有、無風)  |
| (3) におい (有、無)    | (4) 視程 (特に悪い、悪い、普通) |

8 その他植物被害の状況等