

これは、事例情報、症状等から原因化学物質の推定を行い、想定される治療方法等を保健所に情報提供するための連絡用シートです。日本中毒情報センターに電話をしたのちにFaxして下さい。

化学物質健康危機管理支援連携体制 化学災害等報告書

保健所→日本中毒情報センター用

* 報告日時 20 年 月 日 時 分 第 報(西暦及び24時間表記で記載)

I. 報告者情報

1. 所属 保健所等 課 係 報告者名
2. 連絡先：返信用電話番号(必須) 返信用FAX(必須)

注：以下の記載は、報告時点で把握している最新情報に基づいて、把握している範囲で報告する。

該当するチェック欄をチェック、または指示に従い記入する。第2報以降は、変化のあった情報のみでも可

II. 事例概要情報

1. 発生日時 20 年 月 日 : 頃 2. 探知日時 20 年 月 日 : 頃
3. 被災者数(概数でも可) 拡大中 収束中 情報なし
4. 探知方法(自由記載)
5. 発災場所・発生源 屋内 屋外 (化学物質発生源又は発生場所でわかっているものを以下に記載)
名称等不明 (施設名、ビル名等)
6. 事例概要(自由記載)

III. 起因物質に関する情報(報告時点でわかる範囲で記載)

1. 物性 不明 固体 液体 気体 色：有 () 無色 臭い：有 () 無臭
2. 物質名、商品名、用途、製造製品など(不明)
3. 検知機関等 検知なし 消防 警察 その他 (機関名)
4. 検知器名 検知なし ()

IV. 被災者の症状(報告時点でわかる範囲で記載)

- | | | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| ○眼症状 | 一部 | 多く又は全員 | ○呼吸器症状 | 一部 | 多く又は全員 |
| 縮瞳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 咳がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 見え方が暗い | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 呼吸困難がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 眼がかすむ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (呼吸回数が多い | | 回/分) |
| 眼が痛い | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ○消化器症状 | 一部 | 多く又は全員 |
| 涙がでる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 嘔気又は嘔吐 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 充血している | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 下痢がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○分泌症状 | 一部 | 多く又は全員 | 腹痛がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 鼻水がでる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ○神経系症状 | 一部 | 多く又は全員 |
| 唾液がでる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 意識レベル低下 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 発汗がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭痛がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○皮膚症状 | 一部 | 多く又は全員 | 震えがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 発赤 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | けいれんがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 水疱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脱力がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 皮膚の痛み | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 筋肉がつる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 瞳孔径、血圧、体温、酸素飽和度、血液pH・コリンエステラーゼ活性値で異常所見を把握していれば記載
不明 (別紙添付可)

V. その他の情報(把握している場合に記載)

被災者の主な搬送先医療機関名 ()

本シートは平成21,22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」によって作成されました。転載可、無断改変禁止