

光化学スモッグ被害調査票 (一般用)				
			記入日	年 月 日
			記入者	
			所属	
届出者	氏名 (機関、団体)	(代表者)		
	住所 (所在地)			
	連絡先 ^{*1}	(氏名)	(電話)	
被害者	氏名 ^{*2}			
	住所			
※1 連絡先は、状況を把握し、夜間・休日でも連絡可能な者とする事 ※2 集団での被害の場合は、全体の被害者数及び男性、女性の内訳を記入すること				
1 症状を感じた日時及び気象状況				
年 月 日 (午前・午後) 時 分～ 時 分 天候 (晴 曇 雨) 風 (強 弱 やや有 無風)				
2 症状を感じた場所				
(1) 運動場 (2) 体育館 (3) プール (4) 室内 (窓：開・閉) (5) 公園、遊び場 (6) 道路上 (7) その他				
3 症状を感じたときの活動状況				
(1) 屋外で運動中 () (2) 室内で運動中 () (3) 屋外で作業中 () (4) 室内で作業中 () (5) その他 ()				
4 症状				
	男(人)	女(人)	処置・経過	
(1) 目がチカチカする (目が痛い)				
(2) せきがでる				
(3) のどがいらい (のどが痛い)				
(4) はきけがする				
(5) 胸がくるしく息がつまりそうになる				
(6) 胸が痛む				
(7) 頭痛がする				
(8) 手足にしびれ感がある				
(9) その他 ()				
(医師の治療) あり なし (医療機関名)				
5 重症者名とその症状				
氏名	年齢	性別	職業 (学校名・学年)	症状
備考				

※学校で発生した被害の把握には、学校用の調査票 (様式2) を使用すること。