

光化学スモッグ被害調査票 (学校用)											
							記入日	年	月	日	
							記入者				
							所属				
届 出 者	学 校 名						代表者				
	所 在 地						電 話				
	連 絡 者										
	緊急連絡先	(氏名)									(電話)
※ 緊急連絡先は、状況を把握し、夜間・休日でも連絡可能な者とする											
被 害 者	性別・年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	難 関	計	合計 (人)	
	男										
	女										
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 (体育授業、クラブ、その他) (2) 室内で運動中 (体育授業、クラブ、その他) (3) 屋外で軽作業中 (授業、清掃等) (4) 室内で軽作業中 (授業、清掃等) (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) のどがいがらい (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 (人) なし (医療機関名)											
5 重症者名とその症状											
氏 名	年 令	性 別	学 年、組				症 状				
備考											

注 1 被害が発生した場合は、速やかに所轄の保健センターに連絡するとともに、環境保全部 (光化学スモッグ対策連絡本部事務局) に連絡すること。