

光化学オキシダント（スモッグ）による被害受付票（団体用）（様式第1号）

届 出 団 体	団体名			
	団体区分	(1) 保育園 (2) 幼稚園 (3) 小学校 (4) 中学校 (5) 高校 (6) その他		
	届出者 氏名			
	所在地 連絡先	TEL - -		
被 害 状 況	被害者 性別人数	(1) 男 人	(2) 女 人	合計 人
	発生日時	年 月 日	午前 時 分 ごろ	午後
	発生場所	(1) 屋内 (2) 屋外		
		次欄は所在地と異なる場合のみ記入		
	発生状況	(1) 運動中 人	(2) 授業中 人	(3) その他 人
	症 状	(1) 目が痛い 人	(2) 涙が出る 人	(3) 喉が痛い 人
		(4) 咳が出る 人	(5) 声のかすれ 人	(6) 鼻が痛い 人
		(7) 息苦しい 人	(8) 頭が痛い 人	(9) 胸が苦しい 人
(10) 吐気がする 人		(11) 手足のしびれ 人	(12) その他 人	
処 置	(1) 洗眼 人	(2) うがい 人	(3) 屋内に入る 人	
	(4) 安静 人	(5) 帰宅 人	(6) 受診 人	
	(7) 入院 人	(8) その他 人		
医療機関名		(6)・(7)の場合記入		
受付機関名				
受付者氏名	受付		月 日 時 分	
	日時			