

## 光化学オキシダント(スモッグ)による被害受付票(個人用) (様式第2号)

届出者氏名			
連絡先		TEL - -	
被害者	被害者氏名		
	性別・年齢	(1)男 (2)女	才
	住所		
		TEL - -	
	区分	(1)保育園児 (2)幼稚園児 (3)小学生 (4)中学生 (5)高校生 (6)一般	
被害状況	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	
		次欄は住所と異なる場合のみ記入	
	発生状況	(1)運動中 (2)休息中 (3)作事中 (4)その他	
	症状	(1)目が痛い (2)涙が出る (3)喉が痛い	
		(4)咳が出る (5)声のかすれ (6)鼻が痛い (7)息苦しい (8)頭が痛い (9)胸が苦しい (10)吐気がする (11)手足のしびれ (12)その他	
	処置	(1)洗眼 (2)うがい (3)屋内に入る (4)安静 (5)帰宅 (6)受診 (7)入院 (8)その他	
医療機関名 (6)・(7)の場合記入			
受付機関名			
受付者氏名		受付 日時	月 日 時 分