

フグ中毒調査票

都道府県 市町村				調査票 番号			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢(歳)			調査日	年 月 日
喫食日時	年 月 日	時 分			身長(cm)	体重(kg)	
発症日時	年 月 日	時 分			現病歴	<input type="checkbox"/> 腎機能疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
初発症状				入院	<input type="checkbox"/> 有	日間	<input type="checkbox"/> 無
				血圧	/		心拍数
● 症状について							
症状				発症の有無		発症の順番	
【神経症状】							
口唇、舌のしびれ、知覚障害				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
指先のしびれ、知覚障害				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
四肢の知覚障害				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
軽度の運動麻痺				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
全身の運動障害				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
深部腱反射消失				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
発声不能				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
呼吸困難				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
胸内苦悶				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
呼吸筋麻痺				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
意識障害				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
瞳孔散大				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
対光反射の消失				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
呂律が廻らない				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
【消化器症状】							
吐気				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
嘔吐(重症度Ⅲ度) 「あり」と答えた場合：1日 _____ 回				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
下痢 「あり」と答えた場合： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 粘液 <input type="checkbox"/> 混血				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
【その他症状】							
頭痛				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
倦怠感				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
脱力感				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
震え				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
チアノーゼ				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
発熱 「あり」と答えた場合： _____ 最大 _____ °C				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
その他 「あり」と答えた場合： ()				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
● 原因食品について							
食品	(魚種)	<input type="checkbox"/> 魚種 () <input type="checkbox"/> 不明					
	(同定法)	<input type="checkbox"/> 患者証言 <input type="checkbox"/> 外部形態 (<input type="checkbox"/> 残品から <input type="checkbox"/> 写真から) <input type="checkbox"/> 遺伝子解析					
	(大きさ)	<input type="checkbox"/> その他 () 特記事項 ()					
捕獲場所		喫食場所					
入手方法		<input type="checkbox"/> 購入(<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 家族が <input type="checkbox"/> 知人等が) <input type="checkbox"/> 釣った(<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 家族が <input type="checkbox"/> 知人等が) <input type="checkbox"/> 飲食店で喫食 <input type="checkbox"/> 購入等の場合、フグ取扱資格 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
喫食量 (g、数量等)		g		刺身の場合 切れ	煮付等の肉 親指大 個 半身の /	汁物の場合 汁椀 杯 井 杯	
残品		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
喫食部位 (複数可)		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 皮 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 白子 <input type="checkbox"/> ヒレ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
調理方法 (複数可)		<input type="checkbox"/> 刺身 <input type="checkbox"/> 鍋 <input type="checkbox"/> しゃぶしゃぶ <input type="checkbox"/> 唐揚 <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他、特記事項							

