

# 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			
発症日時	年	月	日	時 分	身長(cm)		体重(kg)
初発症状					喫食時の飲酒	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
					現病歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院	<input type="checkbox"/> 有	日数:	日	<input type="checkbox"/> 無			
症状の継続期間	日数:	日			心拍数		
継続症状					瞳孔		
					血圧	/	

● 症状について

症状	発症の有無	発症の順番
1. 口唇、舌のしびれ、知覚障害(重症度Ⅰ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
2. 指先のしびれ、知覚障害(重症度Ⅰ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
3. 四肢の知覚障害(重症度Ⅱ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
4. 軽度の運動麻痺(重症度Ⅱ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5. 全身の運動障害(重症度Ⅲ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
6. 深部腱反射消失(重症度Ⅲ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
7. 発声不能(重症度Ⅲ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
8. 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	
9. 呼吸困難(重症度Ⅲ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
10. 胸内苦悶(重症度Ⅲ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
11. 呼吸筋麻痺(重症度Ⅳ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
12. 意識障害(重症度Ⅳ度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
13. 吐気	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
14. 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	
15. チアノーゼ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
16. 瞳孔散大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
17. 対光反射の消失	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
18. 頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
19. 倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
20. 脱力感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
21. 呂律が廻らない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
22. 震え	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
23. 発熱 「あり」と答えた場合： 最大 _____ °C	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
21. 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	(種類)	<input type="checkbox"/> 魚 ( )		<input type="checkbox"/> エビ・カニ ( )	
		<input type="checkbox"/> 巻貝 ( )		<input type="checkbox"/> イカ・タコ ( )	
	(大きさ)	<input type="checkbox"/> 二枚貝 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明	
		体長	cm	体重	g
捕獲場所					
入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 自ら釣った <input type="checkbox"/> 知人が釣った魚をもらった <input type="checkbox"/> 知人が買った魚をもらっ				
喫食場所					
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1枚の /	汁物の場合 汁椀 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 <input type="checkbox"/> 白子 <input type="checkbox"/> ヒレ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明				
原材料の保存方法 (複数可)	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 塩蔵 <input type="checkbox"/> 乾物 <input type="checkbox"/> 燻製 <input type="checkbox"/> 酢漬け <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明				
喫食方法 (複数可)	<input type="checkbox"/> 刺身 <input type="checkbox"/> マリネ <input type="checkbox"/> 湯引き <input type="checkbox"/> 鍋 <input type="checkbox"/> しゃぶしゃぶ <input type="checkbox"/> 焼 <input type="checkbox"/> 煮 <input type="checkbox"/> 茹 <input type="checkbox"/> 蒸 <input type="checkbox"/> 揚 <input type="checkbox"/> その他 ( )				