健康被害発生（疑）状況等調査票

Ⅰ

氏名	年齢	連絡先
		（ＴＥＬ　　）
本人の訴え（概要）		
記載年月日　年　月　日	施設名	担当者名

Ⅱ

発生日時	平成　年　月　日　午前・午後　　時　　分頃
発生場所	施設名
	具体的な場所
本人の訴え(詳細)　※本人の言動をそのまま記載してもよい。	

Ⅲ

連絡日時	年　月　日午前・午後　　時　　分
体　　調 (※のときは、関係各課へ連絡)	良い・普通・やや悪い※・悪い※
学校側の対応	終了・本課へ連絡・その他
記載年月日	平成　　年　　月　　日

〈参考〉シックハウス症候群について

１　よく見られる症状

・頭痛・目や喉の痛み
・皮膚のかゆみ・動悸
・めまい・脱力感
・関節痛など

２　特徴

その場を離れると症状が改善する