

シガテラ調査票

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
入院	<input type="checkbox"/> 有	日数:	日	<input type="checkbox"/> 無					
症状の継続期間	日数:					日			
継続症状						シガテラを知っていたか	<input type="checkbox"/> 知っていた	<input type="checkbox"/> 知らなかった	
心拍数			瞳孔			シガテラ罹患歴	<input type="checkbox"/> 有	回数:	回
血圧	/				<input type="checkbox"/> 無				

● 症状について

症状	発症の有無	発症の順番
1. 水に触れた時に焼けるような感じや痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
2. 水を口に含んだ時に刺すような感じ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
3. 四肢のチクチクする感じやしびれ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
4. 味覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5. 排尿困難や排尿痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
6. 皮膚のかゆみや発赤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
7. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
8. 歩行困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
9. 言語障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
10. 眼症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
11. 唾液分泌過剰	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
12. 発汗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
13. 腹痛	<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. 吐気	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
16. 嘔吐 「あり」と答えた場合: 1日 _____ 回	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
17. 発熱 「あり」と答えた場合: 最大 _____ °C	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
18. 頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
19. 関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
20. 筋けいれん	<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 ()
	(大きさ)	<input type="checkbox"/> 巻貝 ()	<input type="checkbox"/> イカ・タコ ()
		<input type="checkbox"/> 二枚貝 ()	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
捕獲場所	体長 _____ cm 体重 _____ g		
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た		
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 /
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"/> 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)	生	<input type="checkbox"/> 刺身 <input type="checkbox"/> マリネ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	加熱	<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 ()	