

様式

家庭用品健康被害報告書

受付番号No. _____

_____ 都道府県市

整理欄（記入しないでください）							
1 被害者	性別	男 女		年齢	歳	相談年月日	年 月 日
	住所	都道府県	区市町村	職業		相談方法	来訪・文書・電話 その他（ ）
						受付機関	
2 相談概要	関係家庭用品名及びメーカー名			使用期間		危害発生年月日	年 月 日
	被害状況			治療処置	・ 特に治療せず ・ 売薬治療 ・ 医療機関受診 ()		
	その他の内容						
3 処理経過	①処理経過（分析試験結果等）						
	②医療担当者等の見解						
	③結論	原因家庭用品名及びメーカー名		確認推定不明	原因化学物質名		確認推定不明
4 行政措置							
5 備考（国及び他都道府県市への要請等）							