

表 1-15 人體危害現場紀錄表

填表日期 年 月 日

受害人姓名 (可附名冊)				
受害人數				
受害徵狀				
事件接獲通報之時間	民國 年 月 日			
事件發生地點及 GPS 位置				
轉送醫療院所名稱				
可取得項目 (需附於本表後)	<input type="checkbox"/> 病歷表 <input type="checkbox"/> 健康診斷書 <input type="checkbox"/> 其他( )			
現場健康檢查	檢查項目	<input type="checkbox"/> 一般檢查 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光 <input type="checkbox"/> 其他( )		
	樣本數			
	擬送機關		檢查日期	
健康檢查或診斷結果	(可檢附資料)			
<p>會勘人簽章</p> <p>受害戶代表：</p> <p>環保人員代表：</p> <p>衛生單位代表：</p> <p>可能污染源代表：</p>				