

유해물질등 접촉 보고서

결 재	부대장 (부센터장)	대 장 (센터장)

소방서
구조대·구급대·안전센터

성명		계급		생년월일	
구조·구급 활동일지 일련 번호		접촉 일시		접촉지역 주소	
사고 유형	<input type="checkbox"/> 화학반응 <input type="checkbox"/> 화재현장 <input type="checkbox"/> 유증기	<input type="checkbox"/> 누출 <input type="checkbox"/> 폭발 <input type="checkbox"/> 기타(____)		착용복장 (복수 선택 가능) <input type="checkbox"/> 기동복 <input type="checkbox"/> 마스크	<input type="checkbox"/> 화학보호복 <input type="checkbox"/> 방화복 <input type="checkbox"/> 공기호흡기 <input type="checkbox"/> 보호안경 <input type="checkbox"/> 장갑 <input type="checkbox"/> 기타(____)
활동영역	<input type="checkbox"/> 통제지역 <input type="checkbox"/> 안전지역 <input type="checkbox"/> 기타(____)	<input type="checkbox"/> 제한지역 <input type="checkbox"/> 구조·구급차량		현장오염 제거	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
주된 증상 및 생체징후 (보고 당시)	주된 증상: 혈 압: 맥 박: 호 흡: 체 온:				
자각증상					
접촉경로	<input type="checkbox"/> 피부 <input type="checkbox"/> 호흡 <input type="checkbox"/> 혈액 <input type="checkbox"/> 기타()				
접촉시간 (분)	<input type="checkbox"/> 통제지역: <input type="checkbox"/> 제한지역:		검진 내용	<input type="checkbox"/> 현장확인(구조·구급대원)	
	<input type="checkbox"/> 요구조자·응급환자 접촉:			<input type="checkbox"/> 병원검진(의사)	
유해물질등 명칭					