

コッホ現象疑い事例報告書

港区みなと保健所

氏名	生年月日	年	月	日	か月 (男・女)
住所	区	保護者氏名			
電話番号	-	-			
接種年月日	年	月	日	BCGワクチンLot No.	
局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期: 年 月 日)					
Grade判定 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)					
結核患者と接触状況		家族歴		海外渡航歴	
年 月 日					
医療機関名					
作成者医師 (署名又は記名押印)					

※医師の判定のより精密検査を行った場合のみ記入すること

Grade分類

- 1 針痕部の発赤のみ
- 2 針痕部の発赤+刺入部周辺の健常皮膚の発赤
- 3 針痕部の硬結 (1か所以上)
- 4 針痕部の化膿疹 (1か所以上)
- 5 針痕部の浸出液漏出 or 痂皮形成 (1~9か所)
- 6 針痕部の浸出液漏出 and/or 痂皮皮形成 (10か所以上)

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が特別区及び東京都 (保健所) に報告されることに同意します。

保護者自署