

大田区保健所 感染症対策課 宛
 FAX送付先:03-5744-1524
 電話番号:03-5744-1729

※個人情報にマスキングをしてFAX送信をお願いします。
 送信後、保健所にご一報ください。
 ※あらかじめメールをお伝えしている場合は添付での提出も可。

コッホ現象疑い事例報告書

氏名 <small>かりがな</small>	生年月日	年 月 日 か月(男・女)
住所 大田区 電話番号 ()	保護者氏名	
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)		
結核患者との接触状況 無 ・ 不明 有 (接触状況)	家族歴 無 ・ 不明 有 ()	海外渡航歴 無 ・ 不明 有 (渡航歴)
年 月 日		
医療機関名 :		
作成者医師(署名又は記名押印):		

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、本報告書が大田区に報告されることに同意します。

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

保護者自署 _____