中央区保健所健康推進課感染症対策係 宛

※ FAXでご提出の際は、個人情報にマスキングを  
してから送信をお願いします。

※ 送信後、保健所に電話連絡をお願いします。

FAX送信先：03-3541-4259

メール送信先：kansensho@city.chuo.lg.jp

電話番号：03-3541-5988

コッホ現象疑い事例報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ： 　　 （男・女） | | 生年月日：　 　 年　　月　　日（ か月） | |
| 住所：  保護者氏名：  電話番号： | | | |
| BCG接種日：　　 　 年 　 月 　 日 | | BCGワクチンLot No.： | |
| 局所変化の状況・経過（初めて気づいた時期：　　 　年　 　月　 　日）  Grade判定（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ ） | | | |
| 結核患者との接触状況 | 家族歴 | | 海外渡航歴 |
| 年　 　月　 　日  医療機関名：  医師名（署名又は押印）： | | | |

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、本報告書が中央区に報告されることに同意します。

保護者自署

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 痂皮形成（10か所以上）