

新宿区保健所 保健予防課 結核担当 宛

FAX送付先： 03-5273-3820

電話番号： 03-5273-3862

## コッホ現象疑い事例報告書

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 )					
結核患者との接触状況	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)					

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)