

コッホ現象疑い兼事例報告書

東京都江東区保健所

BCG接種医療機関記載項目

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: 令和 年 月 日)					
報告医ご署名					
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	
精密検査※	ツ反: _____ (×)	判定 非特異反応、結核感染疑、結核発病、判定保留 その他 ()			
	IGRA (実施の場合: QFT, T-Spot TB) 結果:				
	胸部エックス線検査所見	事後措置/転帰 終了 (異常所見または症状出現時受診) 経過観察 (___カ月後) 潜在性結核感染症治療 結核治療 (診断名: _____) 他医療機関紹介 その他 ()			
	CT (実施の場合)				
令和 年 月 日					
医療機関名					
作成者医師 (署名又は記名押印)					

ツベルクリン反応検査実施医療機関記載項目

Grede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)

【報告先】

江東区保健所 保健予防課感染症対策係
〒135-0016
東京都江東区東陽2-1-1
TEL 03-3647-5879
FAX 03-3647-7068

※BCG接種医療機関は、上段太枠内を記載して下さい。
 ※ツベルクリン反応検査実施医療機関は、下段太枠内を記載下さい。
 ※BCG接種医療機関にてツベルクリン反応検査を実施した場合、上段下段とも太枠内を記載下さい。