

FAX 送信先：03-3647-7068 江東区保健所保健予防課感染症対策係 行
※個人情報にマスクングをして FAX 送信をお願いします

コッホ現象疑い事例報告書

ふりがな 氏名：	生年 月日	令和 年 月 日 (男・女)
住所：江東区 丁目 番 電話番号： ()	保護者氏名：	
BCG 接種年月日：令和 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：令和 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： _____）
令和 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、本報告書が江東区に報告されることに同意します。

保護者自著 _____

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）