

コッホ現象事例報告書

※報告医は太枠内にご記入ください。

東京都江戸川区保健所

氏名：		生年月日：		年	月	日	(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）								
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：							
精密検査※	胸部エックス線検査所見		事後措置／転帰 終了（異常所見または病状出現時受診） 経過観察（_____か月後） 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）							
年 月 日								
医療機関名								
作成者医師（署名又は記名押印）								

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

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、本報告書が江戸川区に報告されることに同意します。

Grade 分類 ※特別区 BCG 接種マニュアル P12～19 参照

- 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）

保護者自署