

コッホ現象疑い報告書(Grede3以上は保健所感染症対策課への報告が必要です。)

氏名		生年月日	年	月	日	か月 (男・女)
住所	東大阪市	保護者氏名				
電話番号	携帯	自宅				
接種年月日	年	月	日	BCGワクチンLotNo.		
局所変化の状況・経過(初めて気付いた時期 年 月 日)						
Grede判定 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) ※Grede3以上は保健所感染症対策課(072-960-3805)へ報告						
結核患者との接触状況		家族歴		海外渡航歴		
なし ・ あり()		なし ・ あり()		なし ・ あり()		
報告日	年	月	日			
医療機関名(連絡先電話番号)						
TEL: - -						
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防止を図る事を目的としています。この事を理解の上、本報告書が東大阪市へ報告されることに同意します。

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痂痂形成(1~9か所)
6 針痕部の浸出液漏出and/or痂痂形成(10か所以上)

保護者自署 _____

保健所記入欄

ツ反実施日		【結果】	× _____ (×) +・++・+++	紹介元医療機関へ	
			× _____ (水泡・壊死・出血)	結果報告日	
処遇	終了 or 医療機関紹介	紹介先医療機関名		担当保健師	
				担当医師	

提出方法

報告書記載後、感染症対策課へFAX (072-960-3809) のうえ、お電話にて (072-960-3805) ご連絡ください。

※土日祝日は、一旦FAXをお送りいただき、休み明けにお電話をお願い致します。