コッホ現象疑い事例報告書

東大阪市保健所

氏名　　生年月日　　年　　月　　日（男・女）

住所　　保護者氏名

電話番号　携帯：
　　自宅：

接種年月日：　　年　　月　　日
（生後　　か月）

BCGワクチンロットNo.

局所（Grade）変化の状況・経過（初めて気付いた時期：　　年　　月　　日）

【参考】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痂疲形成（１～９か所）
6　針痕部の浸出液漏出and/or痂疲形成（10か所以上）

結核患者との接触状況
なし・あり（いつ:　　誰:　　）

海外渡航歴
なし・あり（いつ:　　どこ:　　）

＊ツベルクリン反応検査実施医療機関のみ記入

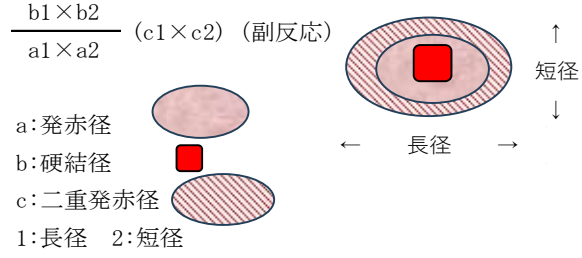
ツ反実施日：　　年　　月　　日

ツ反：　　×
　　（　　×　　）（　　）
　　×

結果：

【ツベルクリン反応検査の記載方法】

$\frac{b1\times b2}{a1\times a2}$（c1×c2）（副反応）



a:発赤径
b:硬結径
c:二重発赤径
1:長径　2:短径

二重発赤、水疱、壊死等副反応を認めるときは（カッコ）に記載

事後措置/転帰
　終了（コッホ現象疑い否定）

　他医療機関紹介：紹介先医療機関名（　　）
　　受診予約日時　（　　年　　月　　日　　時）
　その他（　　）

　　年　　月　　日
医療機関名
作成者医師（署名又は記名押印）
電話番号

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核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、本報告書が東大阪市に報告されることに同意します。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿