

コッホ現象(疑い含む)事例報告書

医療機関→保健所

神戸市保健所

医療機関記入欄		
氏名	生年月日	年 月 日 (男・女) 才 か月
住所 電話番号	保護者氏名	
接種年月日	年 月 日	BCG ワクチンロット No.
局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期 年 月 日)		
結核患者との接触状況 (有 ・ 無)		
ツ反： 判定日 ()	× × (×)	所見：異常なし・要経過観察・要精密検査 要医療・その他 ()
記入者	医療機関名 作成者医師名	
第1報告※	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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 目的で、神戸市へ情報提供することの同意を確認しました。

紹介先医療機関記入欄			
精密検査	ツ反： 判定日 ()	× × (×)	所見：
	IGRA (実施の場合：QFT、T-SpotTB) 結果：		非特異反応、結核感染、結核発病、 その他 ()
	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 (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)		
記入者	医療機関名 作成者医師名		
第2報告※	年 月 日		

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、本報告書が神戸市及び厚生労働省に報告されることを同意します。

※主治医の先生へ

保護者自署 _____

診察終了後は速やかに神戸市保健所 (322-6763) へ F A X してください。集計は年度末になっています。