

<記入見本>

(様式1) 2026.4.1

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	神戸 太郎	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日 (男・女) ○ 才 4 か月
住所	神戸市中央区○○町○番○号		
電話番号	×××-××××	保護者氏名	神戸 花子
接種年月日	2019年 4月 1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)			
翌日より針痕部の発赤、硬結あり。2日目に痂皮形成。			
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 要医療・その他 ()	
記入者	医療機関名 ○○小児科 作成者医師名 ○○ ○○○		
第1報告※	2021年 4月 8日	<input checked="" 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。	

同意なしの場合は個人情報を消去してご報告下さい
・名前 (イニシャル)・住所 (町名まで)
・生年月日・月齢 は記入

紹介先医療機関記入欄			
ツ反： 判定日 ()	所見：		
IGRA (実施の場合) QFT、T-SpotTB 結果：陽性	非特異反応、結核感染、結核発病、 その他 ()		
精密検査 胸部エックス線検査所見 異常なし	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		
CT (実施の場合) 異常なし	結核治療 (診断名：) 他医療機関紹介 () その他		
記入者	医療機関名 ○○病院 作成者医師名 ○○ ○○○		
第2報告※	2021年 4月 15日	<input checked="" type="checkbox"/> 同意なしの場合は個人情報を消去してご報告下さい ・名前 (イニシャル)・住所 (町名まで) ・生年月日・月齢 は記入	

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 神戸 花子

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