

コッホ現象事例報告書

		都道府県	郡	市町村	保健所
氏名	生年月日	平成	年	月	日 (男・女)
住所	保護者氏名				
接種年月日	平成	年	月	日	BCGワクチンロット
局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期：平成 年 月 日)					
結核患者との接触状況					
精密検査※	ツ反成績			判定	
	胸部エックス線検査所見			要観察・化学予防・要治療・その他	
平成 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、本報告書が市町村及び都道府県（保健所）に報告されることに同意します。

保護者自署 _____