様式第七

コッホ現象事例報告書

都道府県　　郡　　市町村　　保健所

<table>
<tr><td colspan="3">氏名　　生年月日　　年　　月　　日　　（男・女）</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所　　保護者氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種時期：平成　　年　　月　　日
（または生後＿＿＿＿か月）</td><td>BCG ワクチンロット</td></tr>
<tr><td colspan="3">局所変化の状況・経過（初めて気付いた時期：　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td colspan="3">結核患者との接触状況</td></tr>
<tr><td rowspan="2">精密検査※</td><td>ツ反：
×
――――（　×　）
×
IGRA（実施の場合:QFT, T-Spot TB）
結果：</td><td>判定
非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>胸部エックス線検査所見
CT（実施の場合）</td><td>事後措置/転帰
終了（異常所見又は症状出現時受診）
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（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日
医療機関名
作成者医師（署名又は記名押印）</td></tr>
</table>

※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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿