

※1 コッホ現象受診連絡表

住 所	奈良市		
ふりがな 氏 名		男 女	生年月日 令和 年 月 日 (月 日)
保護者氏名		電話番号	
BCG接種日	年 月 日	ロット番号	
結核患者との 接触状況			
経 過			
令和 年 月 日	医療機関名		
	報告医師名		印
受診予定日	年 月 日		
受診場所	市立奈良病院		
	奈良市東紀寺町一丁目50番1号		電話:(0742)24-1251

この連絡表は、予防接種の安全性の確保を図ることを目的としています。
このことを理解のうえ、本連絡表が奈良市へ報告されることに同意します。

保護者自署

(連絡先)奈良市健康医療部健康増進課 電話番号 : (0742)34-5129
ファックス : (0742)34-3145