

## 医療機関一覧表への掲載及びコッホ現象への対応可否について

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 大阪市では各種予防接種について、市のホームページや紙媒体で、接種可能な実施医療機関の一覧表を掲載しております。医療機関一覧表への掲載の希望についてどちらかを○で囲んでください。

〔 希望する・希望しない (□BCGのみ希望しない □全ての予防接種を希望しない) 〕

2. コッホ現象への対応可否について○で囲んでください。

〔 可 ・ 不可 〕

(「可」の場合、以下①～③についてもご回答ください)

- ① 実施ができるものを○で囲んでください。

〔 ツベルクリン反応検査・精密検査・診断・治療 〕

- ② 他の医療機関から依頼があった際に、実施可能なものを○で囲んでください。

〔 ツベルクリン反応検査・精密検査・診断・治療 〕

- ③ ②について他の医療機関への情報提供の可否について○で囲んでください。

〔 可 ・ 不可 〕