

別記第3号様式

造血幹細胞移植後予防接種実施記録票

【被接種者記入欄】

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男性 ・ 女性
造血幹細胞移植	移植医療を行った医療機関名（県外にあつては、医療機関名及び所在地） 造血幹細胞移植日		

【医師記入欄】

造血幹細胞移植後の医療の必要により、次のとおり予防接種を実施しました。

実施場所（医療機関名）

医師名

接種年月日（当日）

対象疾病	ワクチンの種類	当日に実施した 予防接種の種類に 「○」を記入		
		1回目	2回目	3回目
ジフテリア、 百日せき、 破傷風、急性 灰白髄炎 (ポリオ)、 Hib 感染症	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（3種混合ワクチン）			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（4種混合ワクチン） ^{注1}			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン（5種混合ワクチン） ^{注1}			
	不活化ポリオワクチン			
肺炎球菌感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン（ヒブワクチン） ^{注2}			
	沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降23価肺炎球菌結合型ワクチン			

対象疾病	ワクチンの種類	当日に実施した 予防接種の種類に 「○」を記入		
		1回目	2回目	3回目
麻疹、風 しん	乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（MR ワクチン）			
	乾燥弱毒生麻疹ワクチン			
	乾燥弱毒生風しんワクチン			
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン			
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン			
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン			
ヒトパピロ ーマウイ ルス感染 症	組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
インフルエ ンザ	インフルエンザ HA ワクチン			
流行性耳下 腺炎	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン			

注 ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。薬事承認上、4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの助成対象は、「15歳未満」となります。