

別記様式第2号（第4条関係）

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

○対象者

住 所			
氏 名			
生年月日		造血幹細胞移植日	

○予防接種スケジュール

No	対象疾病	ワクチンの種類	実施（予定）年月 <small>注1・注2</small>		
			1回目	2回目	3回目
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

この対象者は、造血幹細胞移植後の医療において、上記のとおり予防接種を受ける必要があることを認めます。

なお、このスケジュールは、現時点での対象者の状態を診て判断したものであり、今後の対象者の状態によっては、接種時期を変更し、又は接種を中止することが望ましい場合があります。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師の氏名

(医師の氏名にあつては、署名又は記名・押印)

注1 この意見書を記載する時点で当該予防接種を行っている場合は、「実施（予定）年月」の欄において「R6.4 済」のように記載してください。

2 「実施（予定）年月」の欄においては、特定の年月を記載するほか、「R6.11～R7.1」のように期間で表記することができます。

3 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。