別記様式第３号（第４条関係）

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（県外にあっては、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

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

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。