

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

1 対象者

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日	造血幹細胞移植 年 月 日	年 月 日

2 予防接種スケジュール

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
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) <small>注3</small>			
	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) <small>注3</small>			
	不活化ポリオワクチン			
	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(ヒブワクチン)			
肺炎球菌感染症	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン(65歳未満)			
	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(65歳未満)			
	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(65歳以上)			
麻しん、風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)			
	乾燥弱毒生麻しんワクチン			
	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9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			

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(署名又は記名及び押印)

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「(年号)〇年〇月済」のように記載してください。

注 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、「(年号)〇年〇月～(年号)〇年〇月」のように期間で表記することができます。

注 3 4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの助成は、「15歳未満」の方が対象となります。