

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(県外の場合にあっては、医療機関名及び所在地)		
	造血幹細胞移植年月日	年 月 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。

医療機関名

医師の氏名(署名又は記名及び押印)

接種年月日(当日) 年 月 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			
	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)			
	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			

注 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。