様式第２号(第５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

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　注１・注２ | | |
| 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３ |  |  |  |
| 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３ |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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)○年○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)○年○月～(年号)○年○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。