様式第３号(第５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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |

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。