

様式第2号

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する医師の意見書

○対象者

| | | | |
|------|--|----------|--|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | | 造血幹細胞移植日 | |

○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 |
| 1 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） <small>注4</small> | | | |
| 2 肺炎球菌感染症 | 沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン | | | |
| | 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 | | | |
| 3 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 | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------|--|--|--|
| 4 | 水痘 | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | | |
| 5 | 日本脳炎 | 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン | | | |
| 6 | B型肝炎 | 組換え沈降B型肝炎ワクチン | | | |
| 7 | 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 | | | |
| 8 | インフルエンザ | インフルエンザ HA ワクチン | | | |
| 9 | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン | | | |

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

(医師の氏名にあつては、署名又は記名・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「R6.4 済」のように記載してください。

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、「R6.11~R7.1」のように期間で表記することができます。

3 4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンは、薬事承認上、小児(15歳未満)を接種対象としており、15歳未満の方が市による支援の対象となります。

4 ヒブワクチンは、予防接種法における長期療養特例の上限年齢を準用し、10歳未満の方が市による支援の対象となります。