

様式第3号

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 ( 県外にあっては、医療機関名及び所在地 )		
	造血幹細胞移植日		

【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。

実施場所 ( 医療機関名 )

医師名

接種年月日 ( 当日 )

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1			
	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 ) 注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			

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
麻疹、風 しん	乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（MR ワクチン）			
	乾燥弱毒生麻疹ワクチン			
	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			
インフル エンザ	インフルエンザ HA ワクチン			
流行性耳 下 腺炎	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン			

注1 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。

2 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。