

様式第 2 号（第 4 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

○対象者

住 所			
氏 名		性別	男性 ・ 女性
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 注 1 ・ 注 2		
			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） 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） 注 4			
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）			

		乾燥弱毒生麻疹ワクチン			
		乾燥弱毒生風疹ワクチン			
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			

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 ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。薬事承認上、4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの助成対象は、「15歳未満」となります。