

様式第 3 号（第 4 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）
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）

注 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。

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へ 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			
インフル エンザ	インフルエンザHAワクチン			