

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）	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 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。

実施場所（医療機関名）

医師名

（医師の氏名にあっては、署名又は記名・押印）

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

注1 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者は、「15歳未満」となります。

注2 ヒブワクチンは、予防接種法における長期療養特例において対象年齢の上限はありません。

注3 任意予防接種のため健康被害が生じた場合は、医薬品副作用被害救済制度に定める補償の対象となります。