

# 造血細胞移植患者手帳について

# 造血細胞移植患者手帳について

## 経緯

- 患者が自分の移植情報を持つこと、他の医療機関受診時に情報を共有することを目的に、全国の数施設での独自の取組みとして、造血細胞移植を施行した患者を対象に「患者手帳」を発行していた。
- 患者手帳の内容と日本造血細胞移植学会のガイドラインとの整合性を図り、その内容を統一・充実させるために2015年に造血幹細胞移植患者手帳作成委員会が設置された。
- 手帳に関するアンケートを移植施設やその他の医療機関、患者を対象に2回行い、修正も行われた。
- 2017年4月に「造血細胞移植患者手帳」第一版が完成し、日本造血細胞移植学会から、厚労省移植医療対策推進室へ提出された。
- 厚労省の造血幹細胞移植推進拠点病院事業の一つとして、拠点病院から地域の移植施設及びその他の医療機関へ患者手帳の情報を共有するとともに配布することとなった。

## 造血細胞移植患者手帳の基本的な考え方

○一般的に造血細胞移植後の患者は、移植後早期は移植を行った施設でフォローが行われる。

○GVHDやその他の合併症が落ち着き、通院頻度が減った段階で、地元の中小規模の医療機関やかかりつけ医であった診療所などへ転医する患者が一定数認められる。

○移植施設でフォローを受ける場合は晩期合併症の予防やスクリーニング、早期治療を行うことは可能であるが、地域の医療機関に転医した場合も、同様のフォローが行われるシステムを構築することで、地域全体の移植医療の質の向上が図られる。



○移植後患者の地域医療全体でのフォローへの移行のためのツールとして、造血細胞移植患者手帳を利用してもらうような体制作りを行っていく。

○転医には診療情報提供も必要となるが、手帳も同時に活用することで、一般の医療機関での造血細胞移植後患者に関する情報を普及させ、造血細胞移植後患者の診療に対する苦手意識を緩和し、地域全体で移植医療に関する知識の底上げを図る。

# 造血幹細胞移植医療体制整備事業での連携体制

手帳の有効利用のためには、まずは患者手帳に関する情報共有と理解を深めてから配布を行う必要がある。



造血幹細胞移植  
推進拠点病院

造血細胞移植患者手帳  
の普及啓発・周知徹底  
及び効果的な利用



日本造血細胞  
移植学会

- 地域の移植施設や医療機関への患者手帳の使用方法に関する情報共有
- 地域連携支援センターを通して、地域連携の強化を図る

- 学会員や移植施設への患者手帳の使用方法に関する情報共有
- HPに一般医療機関や健康相談センターの医師を対象とした情報の掲載
- 患者手帳のフォローアップや運用の見直し



行政  
厚生労働省  
各地方自治体

- 学会や拠点病院連絡会議等を通じた方向性の共有
- 患者手帳発行への国庫補助

# 造血細胞移植後患者のフォロー体制

## 造血幹細胞移植推進拠点病院

- 自施設の移植後患者のフォロー。
- 移植後患者のフォローで注意すべき事項や患者手帳の利用方法について連携施設全体への周知、徹底をはかる。
- 地域の医療機関への研修会やセミナーの実施により患者手帳の使用可能な医療機関の増加を目指す。
- 患者手帳の印刷と移植施設への配布。
- 地域連携支援センターの設置および相談窓口への対応。



患者手帳の配布

移植後患者の紹介

- ①緊急時の相談
- ②重篤な晚期合併症や二次癌の報告

## 拠点病院以外の移植施設

- 自施設の移植後患者のフォロー。
- 受け入れ可能な地域の医療機関を受診する患者への手帳配布。
- 自施設の移植後患者に関する地域の医療機関からの相談への対応。

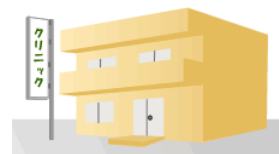


移植後患者の紹介

- ①緊急時の相談
- ②重篤な晚期合併症や二次癌の報告

## 地域の医療機関 (かかりつけ医)

- 移植後患者のフォロー（晚期合併症や二次癌のスクリーニング）
- 移植医療機関とのやりとり



## 造血細胞移植患者手帳の今後の流れ

### ➤ 平成29年4月24日

患者手帳の普及啓発・周知徹底及び効果的な利用に関して、関係者（造血幹細胞移植推進拠点病院の地域連携担当、日本造血細胞移植学会、厚労省）で協議を行った。

### ➤ 平成29年5月以降

厚労省及び造血幹細胞移植推進拠点病院より医師会へ情報提供するとともに、患者手帳の配布準備ができた施設から、患者手帳の発行及び患者への配布を開始する。

今後日本造血細胞移植学会では、患者手帳の運用状況の把握とともに、造血幹細胞移植患者手帳作成委員会において、実際に利用した患者や医療機関へのアンケート調査を行い、今後の患者手帳の改訂の必要性などを検討していく。

造血幹細胞移植推進拠点病院では、患者手帳を地域連携のツールとして利用するとともに、移植施設以外の医療機関とのネットワーク構築を図る。

# 造血細胞移植患者手帳



日本造血細胞移植学会





はじめに .....	P2
移植施設の担当者へ .....	P3
患者さんへ（本手帳の使用について） .....	P4
かかりつけ医の先生方へ .....	P5
<b>1</b> 移植施設への連絡方法 .....	P10
<b>2</b> 患者さんのプロフィール .....	P12
<b>3</b> 移植の記録 .....	P14
移植施設とかかりつけ医の情報共有ツール	
<b>4</b> 健康診断の記録 .....	P22
<b>5</b> 生活習慣病などの記録 .....	P24
<b>6</b> 入退院の記録 .....	P26
<b>7</b> 移植施設から地域の かかりつけ医へ転院時の留意事項 .....	P30
<b>8</b> 患者さんの最近の状況 .....	P32
<b>9</b> ワクチン接種について .....	P38
<b>10</b> 造血細胞移植後の 予防接種スケジュール（例） .....	P40
<b>11</b> ワクチン接種の依頼 .....	P42
<b>12</b> ワクチン接種の記録 .....	P44

## はじめに

造血細胞移植は難治性の血液疾患の根治療法として盛んに施行され、移植後の長期生存者は着実に増加しています。しかし、その数が増加するにつれて、移植後の長期生存者では心血管障害、二次性発がん（二次がん）、感染症などのリスクが、同年齢の移植を受けていない人に比べて高いことが明らかとなりました。従って、すべての移植患者さんは、長期にわたってしっかりと定期的に健康管理を受けることが大切です。この長期フォローアップと健康管理は、決して特別なものではありません。移植施設以外の地域の医療機関、クリニック、会社の健康管理センターにおいて適切に行うことができます。

この手帳の目的は、移植施設以外の医療機関の方々と連携して、移植患者さんの医療情報、生活習慣病予防、がんの早期発見、ワクチン接種など移植後健康管理の具体的なポイントを共有することにより、移植患者さんの長期健康維持を図ることです。この手帳作成の趣旨をご理解いただき、造血細胞移植後の患者さんの長期にわたる健康管理にご協力いただければ幸いです。

※本手帳では、「造血細胞移植」という言葉を使用していますが、「造血幹細胞移植」と同じ意味で使われています。

2017年3月31日  
日本造血細胞移植学会  
理事長 岡本 真一郎

## 移植施設の担当者へ

本手帳には、患者さんが移植施設以外の医療機関などを受診したときに、移植経過や現在の患者さんの状況が分かるような情報と、必要に応じて直ちに移植施設への連絡・相談ができる方法が書かれています。

患者さんにこの手帳を渡す前に、10～11ページにある「1 移植施設への連絡方法」にもれなく記入をお願いします。また「2 患者さんのプロフィール— 医学的な留意事項」、「3 移植の記録」も記載してください。

移植施設とかかりつけ医の両方がフォローアップするような場合は、手帳後半の「移植施設とかかりつけ医の情報共有ツール」にある「6 入退院の記録」「8 患者さんの最近の状況」「11 ワクチン接種の依頼」を適宜ご利用ください。

## 患者さんへ

(本手帳の使用について)

- この手帳は、同種造血細胞移植を受けられた方へお渡ししています。
- この手帳を受け取られましたら、まず「2 患者さんのプロフィール」に連絡先などを記入し、「3 移植の記録」の内容についてご確認ください。「1 移植施設への連絡方法」は、かかりつけ医が移植施設と連絡を取るときに大事な情報となりますので、移植施設のスタッフに記入してもらってください。
- 医療機関を受診するときや健康診断などを受けるときには、この手帳を提示していただき、造血細胞移植を受けたことがあると医師などにお伝えください。お薬を服用中の方は、この手帳とともに常にお薬手帳も携帯し、医療機関を受診する際などに提示してください。
- この手帳にはご自身の健康に関する重要な内容が記載されていますので、大切に保管し、紛失しないよう十分にご注意ください。
- ワクチン接種などは、学会ガイドラインに沿って記載されていますので、参考にしていただき、治療を受けるときは必ず主治医と相談してください。

# かかりつけ医の先生方へ

## 【本手帳の目的】

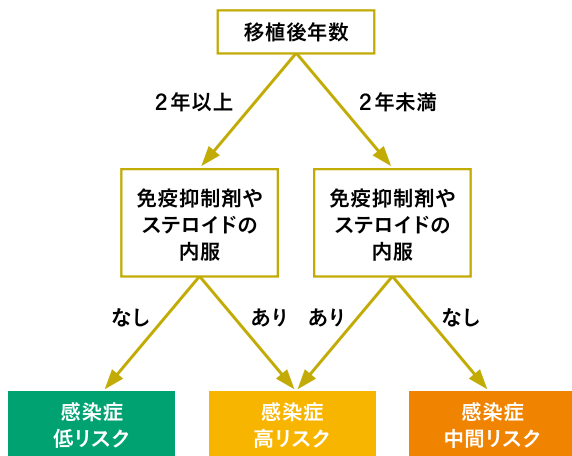
本手帳は、造血細胞移植を受けられた患者さんの健康管理に携わる地域の医療機関、クリニック、企業の健康管理センターの産業医などの先生方と、患者さんの健康状態を適切に共有するために作成されました。

## 【造血細胞移植の概要と手帳作成の背景】

同種造血細胞移植は難治性血液疾患の根治を目標として行われるものです。患者さんは、前処置と呼ばれる、通常より大量の抗がん剤や放射線治療を行った直後に、ドナーの造血幹細胞を輸注する、造血細胞移植を受けています。移植後には、個人差がありますが、ドナーのリンパ球が患者さんを攻撃するGVHD※と呼ばれる移植免疫反応を防ぐために、一定期間、免疫抑制剤が投与されます。

移植後の患者さんは、強力な移植前の治療、移植後の免疫反応とその治療によって、移植後に悪性腫瘍（二次がん）や心血管合併症などの生命に関わる合併症を発症することがあります。これらの合併症の頻度は、同年齢の移植を受けていない人に比べて高いことが知られています。従って、一般がん検診や生活習慣病予防検診、禁煙指導などをきちんと行い、合併症の予防および早期発見をすることが、非常に重要です。このような背景から、かかりつけ医の先生や勤務先の先生方には、移植後患者さんの長期にわたる健康管理にご協力をいただきたく、本手帳の作成に至りました。

## 【移植患者さんの診療について】



●感冒や齲歯などの一般的な治療は、通常と同様の診療を行っていただいてもよい場合がほとんどです。

●感染症に対する特別な配慮が必要です。  
●持続する発熱、呼吸器症状（咳、呼吸困難感、呼吸苦）、血圧低下、酸素化低下、全身に広がる皮疹などが認められる場合は、移植施設（10～11ページ）までご連絡ください。

図に示すように、移植後の患者さんの感染症のリスクは、時期により異なります。先生方にフォローをお願いする患者さんの多くは、免疫抑制剤を中止され、移植後の免疫反応が落ち着き、原病の再発が認められない方々です。このような患者さんでは、侵襲度の高い手術や輸血(血液型については15ページを参照ください)などを除いて、通常の治療と同様の対応で問題ありません。以降の点にご留意いただき、診療、フォローアップをお願いします。

### ● 感染症への対応について

GVHD 予防や治療のために、免疫抑制剤を服用中に貴院を受診される場合があります（前頁の図の感染症が中間リスク・高リスクの患者さんです）。患者さんが発熱で受診した際に、敗血症や肺炎などに罹患している可能性がある場合や、侵襲的な処置を行う場合には、特別の配慮が必要となりますので、**10～11ページ**の移植施設までご連絡ください。

### ● 悪性腫瘍（二次がん）を発症する可能性

年1回程度の一般がん検診をご考慮ください。

### ● 心血管合併症など生命に関わる合併症を発症する可能性

身体合併症に関する検診は、年1回の一般がん検診や生活習慣病予防検診が中心になります。

労作時息切れや胸部圧迫感、肩こり、腹部の不快感、四肢の冷感などの症状や、四肢の脱力感やしびれなどの神経症状がありましたら、レントゲン、CT、MRI や生理検査（心エコー、呼吸機能）などをご考慮ください。

### ● 成長障害や不妊など、生命に関わらなくとも生活の質（QOL）に悪影響を与える問題を抱えている可能性

身体合併症のみならず、「仕事」への復帰の遅れや、「身体活動能力」「性的活動、性機能」の回復の遅れ、移植後の「成長障害」、「容姿の変化」などに対する焦燥感や抑うつ、これらに伴う社会的な関係の喪失感、さらには経済的問題などの将来に対する不安など、精神的、心理社会的な問題に対して移植後も生涯にわたり適切な検診や支援が必要です。

## ● 造血細胞移植後のワクチン接種に関して

造血細胞移植後は移植前に罹患もしくは予防接種によって得られたウイルス等に対する免疫能が減衰もしくは消失するため、スケジュールに沿って予防接種を行うことが薦められます。ワクチン接種の詳細については38～39ページを参照してください。

- 日本造血細胞移植学会ではホームページ (<https://www.jshct.com/>) に一般医療機関や健康相談センターの医師を対象とした情報を掲載し、順次更新していきます。

- また、先生方のフォローアップ中にイベント（心血管障害、悪性腫瘍）が発生しましたら10～11ページの移植施設へ報告をいただくようお願いいたします。

ご不明な点、ご判断に迷う場合があれば、10～11ページの移植施設までご連絡ください。

※ GVHD (graft-versus-host disease : 移植片対宿主病) は、ドナーのリンパ球が患者さんの臓器に対して免疫反応を起こし障害をもたらす合併症です。移植後早期に発症するものを急性 GVHD といい、皮疹、下痢、肝障害などを起こします。慢性 GVHD は、移植後100日を過ぎて発症することが多く、皮膚症状、目や口の乾燥、関節拘縮、肝障害、肺障害などさまざまな症状を起こし、長年にわたり持続して生活の質 (QOL) の低下につながる可能性があります。



# MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



# 1 移植施設への 連絡方法

病院のスタッフに  
記入してもらいましょう。

病院名

診療科名

患者ID番号

平日 ( 時 分 ~ 時 分 )

電話番号 ☎ (      )      -

部署名:

(必要時記載)

担当者名:

所属:

職種:

※上記の担当者が不在の場合

担当者名:

所属:

職種:

備考

## 休日・時間外

緊急時のご連絡は、こちらまでお願いいたします。  
内容に応じた担当者が対応いたします。

電話番号  (         )         -

部署名：

(必要時記載)

担当者が指定されている場合は下記が対応いたします。

担当者名：

所属：

職種：

備考

## 2 患者さんのプロフィール

この欄は手帳を受け取ったら、医学的な留意事項を除いて患者さんご自身で記入してください。

ふりがな 氏名			
生年月日	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
住所	〒		
電話番号	☎ ( )		-

### 緊急時の連絡先(1)

ふりがな 氏名			(続柄 )
電話番号	☎ ( )		-
携帯電話	☎ ( )		-

### 緊急時の連絡先(2)

ふりがな 氏名			(続柄 )
電話番号	☎ ( )		-
携帯電話	☎ ( )		-

プライバシーに配慮される場合は、記入しない項目があっても結構です。

病院のスタッフに記入してもらいましょう。

### 医学的な留意事項

#### 1. 血液型

一般的には移植後の血液型はドナーの血液型に変わりますが、判定が困難な場合があります。「血液型」に関しては必ず **15ページ** を参照してください。

#### 2. アレルギー歴

#### 3. その他

### 3 移植の記録

病院のスタッフに  
記入してもらいましょう。

移植日	年	月	日	
(移植時年齢)				歳)
疾患名				
身長	cm	体重	kg	

#### 移植施設

病院名				
診療科名				
患者ID番号				
主治医				
電話番号	☎	(	)	-

ドナー  血縁  非血縁

幹細胞源  骨髄  末梢血幹細胞  
 臍帯血

HLA  適合  不適合  半合致  
 ( )

血液型 患者： ( )	ドナー： ( )
-------------	----------

注意点：患者とドナーで血液型が異なる場合、移植後は最終的にドナーの血液型になりますが、移植後は表裏試験が不一致となる可能性があります。輸血の際は必ず血液型の確認を行い、判定に窮する場合は移植施設へお問い合わせください。

- 化学療法
      シクロホスファミド  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- シタラビン  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- フルダラビン  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- メルファラン  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- ブスルファン  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- エトポシド  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- その他  
                  (薬剤名:                   )  
                  (                   mg/kg   mg/m<sup>2</sup>)
- 放射線
      全身放射線照射 (TBI)       Gy
- 全リンパ節照射 (TLI)       Gy
- その他  
    (                   )       Gy
- 抗胸腺細胞グロブリン (ATG)  
                  (薬剤名:                   )       mg/kg
- その他 (                   )

## 前処置



GVHD  
予防

- タクロリムス  
 シクロスポリン  
 メソトレキセート  
 ミコフェノール酸モフェチル  
 その他 ( )

急性  
GVHD

- |                             |     |                              |   |    |     |    |
|-----------------------------|-----|------------------------------|---|----|-----|----|
| <input type="checkbox"/> なし |     | ステージ                         |   |    |     |    |
| <input type="checkbox"/> あり | ├── | <input type="checkbox"/> 皮膚  | I | 2  | 3   | 4  |
|                             |     | <input type="checkbox"/> 肝臓  | I | 2  | 3   | 4  |
|                             |     | <input type="checkbox"/> 消化管 | I | 2  | 3   | 4  |
|                             |     | 最大グレード                       | I | II | III | IV |

発症日

年 月 日

急性  
GVHDの  
治療

- なし  
 あり ─┬─  外用薬  
 ─┬─  ステロイド  
 ─┬─  その他 ( )

特記事項

今回の移植が2回目以上の場合、  
病院のスタッフに記入してもらいましょう。

過去の移植記録：		回目の移植	
移植日	年	月	日
		(移植時年齢 歳)	
移植施設名			

ドナー	<input type="checkbox"/> 血縁	<input type="checkbox"/> 非血縁	
幹細胞源	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	
	<input type="checkbox"/> 臍帯血		
HLA	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	<input type="checkbox"/> 半合致

ドナー血液型	( )
--------	-----

前処置やGVHD予防など（具体的に記載）
特記事項

## 過去の移植記録： 回目の移植

移植日	年	月	日	歳
				(移植時年齢)

移植施設名

ドナー 血縁 非血縁

幹細胞源 骨髄 末梢血幹細胞  
臍帯血

HLA 適合 不適合 半合致

ドナー血液型 ( )

前処置やGVHD予防など(具体的に記載)

特記事項

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



## 移植施設とかかりつけ医の 情報共有ツール

これ以降は、移植施設とかかりつけ医の情報共有のためのページです。

患者さんが受診した一般検診やがん検診等の健康診断の記録、新たに発症した生活習慣病、心血管障害、二次がんなどの診断記録、移植医療後に必要となった入院治療の記録、外来での患者さんの状況などの診療記録を、かかりつけ医と移植施設が相互に記入することで、情報共有を図ることが目的です。

また、かかりつけ医の先生方に実施いただくことの多いワクチン接種に際して、移植施設からの依頼事項や、ワクチン接種歴が記録できるようになっています。



## 4 健康診断の記録

一般検診・がん検診などの各種健康診断を受けた際は、受診日や異常の有無を記載してください。

検診の種類・事業名など	受診日	異常の有無 (主な異常の内容)
例)〇〇市 乳がん検診	〇〇年 〇〇月 〇〇日	異常なし
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

## 5 生活習慣病 などの記録

生活習慣病、心血管障害、がん等を新たに発症した場合は、診断した医師に診断日を記入してもらいましょう。

疾患名	診断日	診断医療機関・ 医師名
高血圧	年 月 日	
脂質異常症	年 月 日	
糖尿病	年 月 日	
狭心症	年 月 日	
心筋梗塞	年 月 日	
脳梗塞	年 月 日	
脳出血	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

診断医の先生方へ：脳卒中(脳梗塞・脳出血)、心筋梗塞などの心血管障害や、悪性腫瘍を発症された場合は10～11ページの移植施設へご報告ください。



# MEMO

5

生活習慣病などの記録



## 6 入退院の記録

移植治療後に入院治療が必要になった場合、病院のスタッフに記入してもらいましょう。

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的			
入院経過 (症状、 合併症、 検査など)			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
-----	---	---	---

退院日	年	月	日
-----	---	---	---

入院目的
------

入院経過
------

( 症状、 合併症、 検査など )
-------------------------

入院施設名
-------

担当医
-----

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的			
入院経過 （症状、 合併症、 検査など）			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
-----	---	---	---

退院日	年	月	日
-----	---	---	---

入院目的
------

入院経過
------

( 症状、 合併症、 検査など )
-------------------------

入院施設名
-------

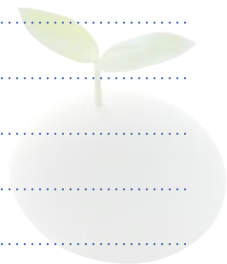
担当医
-----



# MEMO

7

移植施設から地域のかかりつけ医へ転院時の留意事項



## 8 患者さんの最近の状況

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	



年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/>血小板5万/<math>\mu</math>l未満</li> <li><input type="checkbox"/>好中球1000/<math>\mu</math>l未満</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/>血小板5万/<math>\mu</math>l未満</li> <li><input type="checkbox"/>好中球1000/<math>\mu</math>l未満</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/>血小板5万/<math>\mu</math>l未満</li> <li><input type="checkbox"/>好中球1000/<math>\mu</math>l未満</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/>血小板5万/<math>\mu</math>l未満</li> <li><input type="checkbox"/>好中球1000/<math>\mu</math>l未満</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

年月日 年 月 日	<b>血球減少</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 輸血が必要な貧血</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板5万/<math>\mu</math>l未滿</li> <li><input type="checkbox"/> 好中球 1000/<math>\mu</math>l未滿</li> </ul>
移植後 年 カ月	
GVHD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
免疫抑制剤やステロイドの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>感染症のリスク</b> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低
注意事項やコメント	

# MEMO

8

最近の患者さんの状況



## 9 ワクチン接種について

基本的に不活化ワクチン（インフルエンザや四種混合ワクチン）

から開始し、弱毒生ワクチンと順次接種します。免疫抑制剤服用

	予防接種
接種が望ましいワクチン	インフルエンザ HA
	四種混合 （DPT-IPV、D：ジフテリア、P：百日咳、T：破傷風、IPV：ポリオ）
	インフルエンザ菌 b型（Hib、アクトヒブ®） 肺炎球菌（PCV13、プレベナー13®、PPSV23、ニューモボックス®）
	MR（M：麻疹、R：風疹） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 水痘（水ぼうそう）
必要に応じて接種を検討する	B型肝炎ウイルス
	A型肝炎ウイルス 狂犬病ウイルス 日本脳炎ウイルス
接種すべきでない	結核菌（BCG）

中や慢性GVHDで調子が悪い場合にはワクチン接種が受けられないことがあります。実際に接種するスケジュールについては42～43ページのワクチン接種の依頼に従って実施してください。

接種時期	ワクチン種類
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。冬期(10-12月)毎年1回	不活化 ワクチン
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。3回接種	
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。1～3ヵ月毎に3回接種 ※肺炎球菌ワクチン：ニューモボックスは1回接種	
移植後2年以降で、免疫抑制剤が終了し、慢性GVHDの悪化がない。2回接種	弱毒生 ワクチン
移植後1年以降で慢性GVHDの悪化がなく、家族にキャリアがいる場合。1ヵ月ごと2回、その後6ヵ月後に1回、計3回接種	不活化 ワクチン
移植後1年以降で慢性GVHDの悪化がなく、流行地への渡航の際に推奨	
すべての時期で接種不可	生ワクチン

# 10 造血細胞移植後の 予防接種スケジュール(例)

移植後の接種時期				
6-12ヵ月	9-15ヵ月	12-18ヵ月	24ヵ月	30ヵ月
DPT-IPV	DPT-IPV	DPT-IPV	MR	MR
Hib	Hib	Hib	水痘	水痘
PCV13	PCV13	PCV13		
同時もしくは分散			同時もしくは分散	

	ワクチンの商品名
DPT-IPV	テトラビック®、クワトロバック®
Hib	アクトヒブ®
PCV13	プレベナー13®
MR	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン®、 ミールビック® 等
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン®

日本造血細胞移植学会 予防接種ガイドライン



# MEMO

10

造血細胞移植後の予防接種スケジュール(例)



# 11 ワクチン 接種の依頼

※移植施設のスタッフは、ワクチン接種を依頼する際にこの表に記載してください。

※かかりつけ医の先生は、記載されたワクチン接種をお願いします。接種回数は38～39ページを参照ください。

ワクチン名	接種時期	接種済
例) インフルエンザHA	2017年12月までに	✓

ワクチン名	接種時期	接種済

# 12 ワクチン 接種の記録

ワクチン接種の際には医療機関  
に持参し、記入してもらいましょう。

ワクチン 種類	接種日	接種施設名	ロット番号
四種混合 (DPT-IPV)			
MR (麻疹、風疹)			
流行性 耳下腺炎 (おたふく かぜ)			
水痘 (水ぼうそう)			

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
肺炎球菌 (PCV13、 プレバナー13®)			
肺炎球菌 (PPSV23、 ニューモバックス®)			
インフル エンザ菌 b型 (Hib、 アクトヒブ®)			

ワクチン接種の際には医療機関に持参し、  
記入してもらいましょう。

ワクチン  
接種の  
記録

ワクチン 種類	接種日	接種施設名	ロット番号
B型肝炎			
A型肝炎			
日本脳炎			
狂犬病			

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
インフル エンザ HA			

ワクチン接種の際には医療機関に持参し、  
記入してもらいましょう。

ワクチン  
接種の  
記録

ワクチン 種類	接種日	接種施設名	ロット番号
その他の ワクチン			



小児の成長曲線を貼るなど、ご自由にご利用ください。

小児の成長曲線を貼るなど、ご自由にご利用ください。



# 造血細胞移植患者手帳

---

非売品

2017年3月31日 初版発行

編集・発行 日本造血細胞移植学会  
造血幹細胞移植患者手帳作成委員会

発行者 日本造血細胞移植学会

連絡先 日本造血細胞移植学会事務局  
〒461-0047 名古屋市東区大幸南1-1-20  
名古屋大学医学部内  
Tel : 052-719-1824  
Fax : 052-719-1828  
メールアドレス : [jshct\\_office@jshct.com](mailto:jshct_office@jshct.com)  
学会ホームページ : <https://www.jshct.com>

本手帳は、「厚生労働省造血幹細胞移植医療体制整備事業」によって作成されました。



g i f t o f L i f e

