

新型コロナワクチン4回目接種についてのお知らせです。

別紙をご確認のうえ、「基礎疾患等があり、4回目接種を希望される方」は、この「基礎疾患等届出書」を令和4年6月13日(月)までに同封の返信用封筒にてご提出ください。なお、期限以降でも、対象となり接種を希望される場合は、ご提出ください。

.....ここを切り取って下部を返送ください.....

(4回目接種) 基礎疾患等届出書

- ① 基礎疾患等がある場合は、以下の該当する疾患・項目すべてにチェック☑してください。
(※チェック☑がない場合は、無効となります。)
- ② 連絡先およびその基礎疾患で通院または入院している医療機関名を記載してください。
- ③ 「③ 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた方」にチェック☑した方は、診断名等・医療機関名を記載してください。

届出者氏名		連絡先	
宛名番号	※個人を識別する番号で集計に利用しますので消したりしないようご注意ください。		
《対象となる基礎疾患等》			
① 以下の病気や状態の方で、通院または入院している方		医療機関名 (必ず記載してください)	
<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病(高血圧を含む。) <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等) <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。) <input type="checkbox"/> ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態(呼吸障害等) <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 重症心身障害(重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、または自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障害(療育手帳を所持している場合)			
② 以下の基準を満たす方			
<input type="checkbox"/> BMI30 以上を満たす肥満の方 計算式:体重kg÷(身長m) ² 目安:身長 170 cm体重約 87 kg			
③ 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた方		診断名等	
<input type="checkbox"/> 上記③に該当(※右の枠内も記入してください。)		医療機関名 (必ず記載してください)	