

【64歳以下】新型コロナウイルスワクチン接種における基礎疾患申請書

令和 年 月 日

下妻市長宛

接種者	住所 フリガナ 氏名 生年月日 電話番号
申請者 (接種者本人の場合は 記入不要です)	住所 フリガナ 氏名 (接種者との関係)

下記のとおり、基礎疾患の申請をします。(該当の疾患にレ点をお願いします。)

- 慢性の呼吸器の病気
- 慢性の心臓病 (高血圧を含む)
- 慢性の腎臓病
- 慢性の肝臓病 (肝硬変等)
- インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- 血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く)
- 免疫機能が低下する病気 (治療中の悪性腫瘍を含む)
- 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
- 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体機能が衰えた状態 (呼吸障害等)
- 染色体異常
- 重症心身障害 (重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態)
- 睡眠時無呼吸症候群
- 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、又は自立支援医療 (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)
- 基準 (BMI 30以上) の肥満の方
BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

() 市外のかかりつけ医療機関での接種希望

※どちらかに○をつけてください

() 市内の医療機関もしくは総合体育館での接種希望