

新型コロナウイルスワクチン令和5年春開始接種

【接種券付与診票発行申請書】

令和 年 月 日

東北町長 宛

申請書 氏名 ふりがな _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他()

被接種者	氏名 <small>ふりがな</small>	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
接種券の番号 (10桁)	※1・2回目又は3~5回目の東北町発行の接種券番号をご記入ください。 ※3~5回目の接種後に東北町へ転入された方は記入不要です。		
	0	0	0 0 0
申請理由	<input type="checkbox"/> 5~64歳だが、基礎疾患があり、追加接種を希望している ⇒基礎疾患名 () <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症にかかった場合に重症化リスクが高いと 医師が認める方 <input type="checkbox"/> 施設・医療従事者 ⇒施設・医療機関名 ()		

※対象となる基礎疾患は裏面に記載してあります。

■提出先：東北町保健福祉センターまたは上北保健福祉センター

■お問合せ先：東北町保健衛生課 TEL0175-63-2001

(〒039-2667 東北町字膳前 37-1 東北町保健福祉センター内)

◎基礎疾患のある方とは

●18 歳以上

1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- 1) 慢性の呼吸器の病気
- 2) 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 3) 慢性の腎臓病
- 4) 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- 5) 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
- 6) 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 7) 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
- 8) 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
- 9) 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 10) 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）
- 11) 染色体異常
- 12) 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）
- 13) 睡眠時無呼吸症候群
- 14) 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）

※ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

2. 基準（BMI30 以上）を満たす肥満の方

【参考】

$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$

BMI30 の目安：身長 170 cm で体重約 87 kg、身長 160 cm で体重約 77 kg

●5 歳～17 歳

- 1) 慢性の呼吸器の病気
- 2) 慢性心疾患
- 3) 慢性腎疾患
- 4) 神経疾患・神経筋疾患
- 5) 血液疾患
- 6) 糖尿病・代謝性疾患
- 7) 悪性腫瘍
- 8) 関節リウマチ・膠原病
- 9) 内分泌疾患
- 10) 消化器疾患・肝疾患等
- 11) 先天性免疫不全症候群、H I V 感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
- 12) その他の小児領域の疾患等
 - ▶ 高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院児、摂食障害

<留意事項>

●申請に医師の証明書等は必要ありません（自己申告となります）。

●現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安のある方は、かかりつけ医等とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考え下さい。