

新型コロナウイルスワクチン優先接種申請書
(基礎疾患を有する者・高齢者施設等従事者を対象)

本申請は、令和3年度中に59歳以下の方(昭和37年4月2日以降に生まれた方)が対象となります。
コロナワクチンの接種を希望しない場合は、申請不要です。

申請日:令和 年 月 日

中芸広域連合連合長 宛

(申請者) フリガナ

氏名

住所 安芸郡

電話番号

被接種者 本人 同居家族
との続柄 その他()

下記の内容に相違ないことを誓約します。

●被接種者

フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)
氏名			昭和37年4月2日以降に生まれた方対象
住民票に記載の住所	〒781- 安芸郡	電話番号	

●基礎疾患について

(A)以下の病気や状態で、通院/入院している方は、該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	
<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(肝硬変など)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	血液の病気(鉄欠乏性貧血を除く)
<input type="checkbox"/>	免疫の機能が低下する病気(治療や緩和ケアを受けている悪性疾患を含む)
<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(呼吸障害など)
<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、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)
かかりつけ医療機関名	

なお、上記の内容に基づき、診療歴等を医療機関に問い合わせる場合があります。ご了承ください。

(B)上記の病気や状態に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> をして、()内にご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	BMI(肥満度を表す体格指数)が30以上の方 BMI() または 体重()(kg)÷身長()(m)÷身長()(m)

●高齢者施設等従事者

中芸管外の高齢者等の施設に勤務し、優先接種を事業所及び本人が希望をする場合、下記にご記入ください。		
勤務先	(勤務先名)	サービス種類
	(電話番号)	

※ 内容に基づき、事業所に問い合わせる場合があります。ご了承ください。