

# 新型コロナウイルス優先接種申請書 基礎疾患を有する方（12～64歳）

鴻巣市長宛

新型コロナウイルス接種について、以下の国が示す基礎疾患に該当するため優先接種を希望します。

令和            年            月            日

申請者	ふりがな 氏名			
	生年月日	年            月            日	(日中連絡可能な電話番号)	
	住所	鴻巣市		
申請理由	国が示す優先接種の対象に該当する基礎疾患			該当項目に チェック
	通院または入院されている方	1	慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>
		2	慢性の心臓病（高血圧を含む）	<input type="checkbox"/>
		3	慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/>
		4	慢性の肝臓病（肝硬変等）	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>
		6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く）	<input type="checkbox"/>
		7	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"/>
		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	<input type="checkbox"/>
		9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	<input type="checkbox"/>
		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）	<input type="checkbox"/>
		11	染色体異常	<input type="checkbox"/>
		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）	<input type="checkbox"/>
		13	睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/>
		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）	<input type="checkbox"/>
15	基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 ※BMI 30の目安：身長170cmで体重87kg以上、身長160cmで体重77kg以上	<input type="checkbox"/>		
確認欄	かかりつけ医と相談のうえ、新型コロナウイルスの接種について問題がないことを確認しています。			<input type="checkbox"/>

※お預かりした個人情報につきましては、ワクチン接種の予約管理以外には、一切の利用を行いません。

※上記の基礎疾患に該当するかわからない場合は、かかりつけ医にご確認ください。

提出先     〒365-0032 鴻巣市中央2-1

鴻巣保健センター内    ワクチン接種推進チーム宛