

基礎疾患等による新型コロナワクチン接種券 先行送付申請書

(生年月日が平成 22 年 4 月 2 日～平成 29 年 4 月 1 日迄かつ接種日までに 5 歳～11 歳の人 用)

(宛先) 古賀市長

ふりがな
届出人 氏 名 _____
住 所 〒 _____
電話番号 _____
被接種者との続柄 保護者 同居の親族
通院/入院中医療機関の職員
その他()

新型コロナワクチン接種について、下記の基礎疾患等を有しているため接種券を送付されるよう申し込みます。
※太枠内に記入またはチェック☑を入れてください。

被接種者	ふりがな			
	氏名			
	住民票に記載の住所	届出人と同じ <input type="checkbox"/>	〒	—
	※接種券は被接種者の住民票記載の住所に送付します。			
生年月日	平成	年	月	日

<p>該当する基礎疾患等</p> <p>※申請に診断書等は不要です。</p> <p>※接種について不安がある場合は、接種予約までに主治医等にご相談ください。</p> <p>※ワクチン接種の可否を最終的に判断するのは、接種会場で予診を行う医師となります。</p>	チェック <input type="checkbox"/>	以下の①～⑭の病気、症状や状態に該当します。
	<input type="checkbox"/>	①慢性呼吸器疾患【[例] 慢性呼吸器疾患（気管支喘息を除く）、気管支喘息（コントロール不良の難治性喘息）】
	<input type="checkbox"/>	②慢性心疾患【[例] 先天性心疾患、後天性心疾患、心筋疾患、不整脈、肺高血圧、冠動脈疾患】
	<input type="checkbox"/>	③慢性腎疾患【[例] 末期腎不全（血液透析、腹膜透析を受けている）、腎移植（免疫抑制療法を受けている）】
	<input type="checkbox"/>	④神経疾患・神経筋疾患【[例] 脳性麻痺、難治性てんかん・神経疾患、染色体異常症、重症心身障がい児・者、神経発達症（マスクの着用が困難である場合）】
	<input type="checkbox"/>	⑤血液疾患【[例] 白血病、骨髄異形成症候群、悪性リンパ腫、血球貪食症候群、再生不良性貧血、造血幹細胞移植後半年以降、原発性免疫不全 等】
	<input type="checkbox"/>	⑥糖尿病・代謝性疾患【[例] アミノ酸・尿素サイクル異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症、糖質代謝異常症、ライソゾーム病 等】
	<input type="checkbox"/>	⑦悪性腫瘍【[例] 小児固形腫瘍】
	<input type="checkbox"/>	⑧関節リウマチ・膠原病【[例] リウマチ性疾患、自己免疫疾患、血管炎症候群 等】
	<input type="checkbox"/>	⑨内分泌疾患【[例] 副腎機能不全、下垂体機能不全など、甲状腺機能亢進症】
	<input type="checkbox"/>	⑩消化器疾患・肝疾患等【[例] 炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎、クローン病など）、胆道閉鎖症（葛西術後）、肝移植、小腸移植後、自己免疫性肝炎、原発性硬化性胆管炎、肝硬変、肝不全、短腸症】
	<input type="checkbox"/>	⑪先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他疾患に伴う免疫抑制状態
	<input type="checkbox"/>	⑫その他の小児領域の疾患等【[例] 高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害（体重減少が著しい、極端にやせが進行した場合）】
	<input type="checkbox"/>	⑬身体障がい者手帳を所持している
<input type="checkbox"/>	⑭海外での長期滞在を予定する者	
①～⑬の疾患のかかりつけ医療機関名		

※記載いただいた個人情報については、医療関係者と情報共有させていただきます。