

基礎疾患等がある人の優先接種

事前申し込みが必要です

古賀市では、国の示すワクチンの優先接種順位に基づき、基礎疾患等があり接種を希望する16歳以上64歳以下の人^(※)に、接種券を送付するため、裏面の申込書による事前の申し込みの受付を行います。なお、古賀市独自の取組として、身体障がい者手帳を所持する16歳以上64歳以下の人も対象として拡大します。

※生年月日が昭和32年4月2日から平成18年4月1日までの人です。

※60歳以上64歳以下の人全員には、7月中頃までに接種券を発送します。

◆基礎疾患等の範囲

・以下の①～⑭の病気や症状で通院または入院している人

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 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(治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む) 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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(呼吸障がい等) ⑪染色体異常 ⑫重症心身障がい(重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した状態) ⑬睡眠時無呼吸症候群 ⑭重い精神疾患(精神疾患のため治療している、精神障がい者保健福祉手帳を所持している、または自立支援医療(精神通院施設)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障がい(療育手帳を所持している場合) |
|--|--|

・基準(BMI30)以上の肥満の人 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

[BMI30の目安：身長170cm(1.7m)で体重87kg、身長160cm(1.6m)で体重77kg]


・身体障がい者手帳を所持している人

◆基礎疾患等に該当するか不明な場合

基礎疾患等に該当するかは、それぞれご事情が異なるため、市健康介護課及びコールセンターでは判断できません。ご不明な場合は、主治医等にご相談ください。

診断書等は不要です。なお、ワクチン接種の可否を最終的に判断するのは、接種の際に予診を行う医師となります。届出内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。

◆申込の方法

①電子申請	②持参または郵送(裏面の申請書を郵送)	③FAX(裏面の申請書を送信)
市ホームページの該当ページまたは、このQRコードから申し込み 	申請書が複数枚必要な場合は、市ホームページからダウンロードするか、市役所なんでもきくコーナーまたはサンコスモ古賀(健康介護課窓口)で配布します。(コピーも可)	下記の番号へ送信してください。 FAX 092-942-1154 ※送信後は必ずコールセンター(☎692-1072)にご一報ください。
郵送：〒811-3116 古賀市庄205 古賀市役所 健康介護課 新型コロナウイルス対策係		

◆接種券の送付

申し込み受付後、接種券を郵送します。

基礎疾患等による新型コロナワクチン接種券申込書

(生年月日が昭和32年4月2日から平成18年4月1日までの人用)

(宛先) 古賀市長

届出人 ふりがな

氏 名

住 所

電話番号

被接種者との続柄

 本人 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	届出人と	チェック	
	氏 名	同 じ	<input type="checkbox"/>	
	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	昭和・平成	年	月	日

該当する 基礎疾患等 ※基礎疾患等に該当 するかについては 主治医等にご相談 ください。 診断書等は不要で す。なお、ワクチン 接種の可否を最終 的に判断するのは、 接種の際に予診を 行う医師となります。 届出内容と実 際の症状等が異な る場合、接種を受 けられないことが あります。	チェック	以下の①～⑭の病気や症状で通院または入院しています
	<input type="checkbox"/>	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(治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む)
	<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(呼吸障がい等)
	<input type="checkbox"/>	⑪染色体異常
	<input type="checkbox"/>	⑫重症心身障がい(重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した状態)
	<input type="checkbox"/>	⑬睡眠時無呼吸症候群
<input type="checkbox"/>	⑭重い精神疾患(精神疾患のため治療している、精神障がい者保健福祉手帳を所持している、または自立支援医療(精神通院施設)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障がい(療育手帳を所持している場合)	

上記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。

ワクチン接種の希望 について	あてはまるものにチェック☑してください。チェックのない場合は、②として扱います。	
	<input type="checkbox"/> ①自分(または届出人)で予約する	<input type="checkbox"/> ②日時・場所ともにいつでもよい(市で設定しますので予約の必要はありません)