

新型コロナワクチン接種 4 回目接種券発行申請書（基礎疾患がある方）

※18 歳以上 60 歳未満の基礎疾患をお持ちの方で、4 回目接種を希望される方は申請が必要です。

令和 年 月 日

中川村長 宛

被 接 種 者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 中川村
	生年月日（西暦）	年 月 日
4 回 目 接 種 の 対 象 者 と な る 理 由	<p>下記のうち、該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。 以下の病気や状態で、通院／入院している方</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <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（肝硬変等） <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（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） <input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） <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（呼吸障害等） <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がいとが重複した状態） <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、精神障がい者保健福祉手帳を所持している（※1）、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）や知的障がい（療育手帳（愛の手帳）を所持している（※1）場合） </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた。 	
3回目接種日	年 月 日	

※1 精神障がい者保健福祉手帳又は療育手帳（愛の手帳）を所持している方については、通院又は入院していない場合も、基礎疾患のある方に該当します。