

令和 3年 月 日

新型コロナワクチン接種券優先送付希望申請書 (基礎疾患のある方)

基礎疾患に該当するため、新型コロナワクチン接種券の優先送付を希望します。

ふりがな		生年月日	昭和	・	平成		
氏名			年		月		日
住所	基山町						
電話番号							
該当する 基礎疾患 当てはまる 番号に ○をつけて ください	<p>① 以下の病気や状態の方で、通院・入院している方</p> <ol 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（治療中の悪性腫瘍を含む）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）11. 染色体異常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）13. 睡眠時無呼吸症候群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、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） <p>② 基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方</p> <p>BMI の計算：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）</p> <p>※BMI30 の目安は、身長 160cm で体重 77kg 等</p>						
備考 ※職員記入欄							