

新型コロナワクチン接種 基礎疾患優先接種申告書

令和 年 月 日

黒部市長宛

接種を受ける方	ふりがな氏名		申請者 <small>(※接種を受ける方と異なる場合はご記入ください)</small>	ふりがな氏名	
	住所			住所	
	生年月日			生年月日	
	電話番号			電話番号	
				接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 ()

新型コロナウイルスワクチン接種について、65歳未満で以下の基礎疾患を有し、優先接種を希望するため、申告書を提出します。

番号	国が示す優先接種の対象に該当する基礎疾患	該当項目 (○を記入)
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）	
15	基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方 【計算式】 BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	

※ お預かりした個人情報につきましては、優先接種予約受付の目的以外には、一切の利用を行いません。