

新型コロナウイルス ワクチン 基礎疾患に関する申告書

令和 年 月 日

高崎市長 宛

ふりがな
提出者 氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他()

新型コロナウイルスの優先接種を希望しますので、下記のとおり申告します。

被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 提出者と同じ	_____		
	氏名		_____		
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 提出者と同じ	〒	_____	
	接種券番号（10桁） ※届いている方のみ ※市外の方は記入必須			性別	男性・女性
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ※申告が必要な方は、令和4年4月1日までに12歳から59歳になる人です。 ※12歳になる人は、誕生日以前に本申告が可能ですが、接種券は誕生日以降の発送となり、接種の予約は接種券がお手元に届いてからとなります。			
	基礎疾患の有無	下記の基礎疾患に該当 有 ・ 無			
		<input type="radio"/> 下に該当し、通院または入院している人			
		<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（肝硬変など）					
<input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中か、他の病気を併発している糖尿病					
<input type="checkbox"/> 血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）					
<input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む）					
<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（呼吸障害など）					
<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害とが重複した状態）					
<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、精神障害者保健福祉手帳を持っている、自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する）か、知的障害（療育手帳を持っている）					
<input type="radio"/> 基準（BMI30以上）を満たす肥満の方 BMI = 体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）					

※右のいずれかに該当する人は、優先接種を受けることができます。
 ※診断書等の証明書は必要ありませんが、基礎疾患に該当するかどうかご不明な場合は、事前に主治医等にご相談ください。