

集団接種 申込ハガキの記入例

- ・該当するものに✓してください。
- ・電話番号は、日中に連絡がつく番号を記入ください。

《優先接種に該当する場合》

記入者氏名 銚子 太郎 続柄 (本人)	電話番号 (自宅・携帯・勤務先など) 日中に連絡がつく番号を記入してください 24-8181
<input checked="" type="checkbox"/> 優先接種に該当します	
<input checked="" type="checkbox"/> ① 基礎疾患を有する方	疾病番号 ※右側番号表を参照し記入してください 15
<input type="checkbox"/> ② 高齢者施設等に從事する方	疾病番号は、申込ハガキ右側の 番号表を参照してください。
<input type="checkbox"/> ③ 60歳～64歳の方 (昭和32年4月2日から昭和37年4月1日生まれの方)	
<input type="checkbox"/> 優先接種に該当しません	

【基礎疾患の疾病番号表】

- 慢性の呼吸器の病気
- 慢性の心臓病 (高血圧を含む。)
- 慢性の腎臓病
- 慢性の肝臓病 (ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。)
- 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
- 血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
- 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。)
- 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
- 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 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)
- 染色体異常
- 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)
- 睡眠時無呼吸症候群
- 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)
- 基準 (BMI 30以上) を満たす肥満の方