

# 基礎疾患接種希望届出書（新型コロナワクチン） 【4回目接種用】

令和 年 月 日

板野町長 宛

届出人 ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同居の親族  
通院/入院中医療機関の職員  
その他( )

接種を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

被接種者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	〒779-01 板野町
	生年月日	西暦・和暦（ 1:昭和 2:平成 ） 年 月 日  ※届け出が必要な方は、基礎疾患がある満18歳～満59歳の方です。 18歳になる方は、誕生日の前日から受付が可能です。	
該当する基礎疾患	<input type="checkbox"/> 以下の1～14の病気・状態により、通院または入院している。 または行政機関から証明書や手帳の交付を受けている。		
	<input type="checkbox"/> 1 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 2 慢性の心臓病(高血圧を含む。)	
	<input type="checkbox"/> 3 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> 4 慢性の肝臓病(肝硬変等。)	
	<input type="checkbox"/> 5 インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病		
	<input type="checkbox"/> 6 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)		
	<input type="checkbox"/> 7 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"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患		
	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 11 染色体異常		
	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 13 睡眠時無呼吸症候群		
	<input type="checkbox"/> 14 重い精神疾患(精神疾患のため治療している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、または自立支援医療(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)		
※基礎疾患に該当するかについては主治医等の判断、もしくは証明書や手帳等の交付の有無によります。 診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診において届出内容と実際の症状が異なる場合、接種を受けられないことがあります。	B	<input type="checkbox"/> 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方	
3回目接種状況	接種日： 令和 年 月 日		