

新型コロナウイルスワクチン接種に係る基礎疾患を有する旨の申出書

茂原市長 宛て

新型コロナウイルスワクチンに係る優先接種を受けるために、以下基礎疾患を有する旨を申し出ます。

接種を受ける方	フリガナ 氏名	
	住所 (住民登録地)	〒 _____ 茂原市 _____
	生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	電話番号	
基礎疾患の種類 (該当疾患に☑して下さい。 複数可)	<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。）で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等）で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 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で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）で通院又は入院している方	
	<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。）で通院又は入院している方	
	<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方	
	<input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患で通院又は入院している方	
	<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（呼吸障害等）で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 染色体異常で通院又は入院している方	
	<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）で通院又は入院している方	
	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群で通院又は入院している方	
<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）の方		
以上に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は☑してください。		
<input type="checkbox"/> 基準（BMI30以上）を満たす肥満の方 (※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m))		

【送付先】 〒297-8511

茂原市道表1番地 茂原市役所健康管理課 新型コロナウイルスワクチン対策室 宛
※封筒表面に「基礎疾患を有する旨の申出書在中」と明記してください。

【FAX】 0475-20-1649

【メール】 taisaku@city.mobara.chiba.jp