**新型コロナワクチン接種券交付届出書【基礎疾患を有する方】**

令和３年　　月　　日

都城市長　宛て

**届出者**　氏　　名

住　　所

電話番号

被接種者との続柄　□ 本人　□ 同居の家族

　　　　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　）

**被接種者**　　＊令和3年度中に12歳～64歳に達する方（昭和32年4月2日～平成22年4月1日生まれの方）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | | 都城市 | | |
| ふりがな | |  | 生年月日 | 昭和・平成  　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  |
| 電話番号 | |  | かかりつけ  医療機関名 | （Ａ）に該当の場合、記載ください |
| 該当する  基礎疾患  ※該当する項目の□にチェックを入れてください。 | Ａ　□ 以下の病気・状態により通院・入院している。 | | | |
|  | □ 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（肝硬変等）  □ 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） | | |
| Ｂ　□ 基準（ＢＭＩ３０以上）を満たす。　※BMI=体重(kg)÷身長(ｍ)÷身長(m) | | | |

※基礎疾患に該当するや接種の可否について事前に主治医にご相談ください。

　　診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診で接種の可否を判断することもあります。