

令和5年春夏接種 接種券発行申請書（基礎疾患を有する方等用）

令和 年 月 日

（あて先）太田市長

新型コロナワクチン接種について、令和5年春夏接種用の接種券の発行を申請します。

【申請者】

フリガナ
氏 名 _____
住 所 _____
電 話 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

【接種対象者】

フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	太田市	電話番号	- -
前回の 接種の状況	接 種 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ワクチン種類 : <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
該当する基礎疾患など	以下の項目のうち、該当するものにチェックをしてください。			
<p>【 18 歳以上の方 】</p> <input type="checkbox"/> 慢性の心臓（高血圧を含む。）、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く） <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である <p>【 5 歳から 17 歳の方 】</p> <input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患（糖尿病を含む。） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> その他の小児領域の疾患（ ） <p>【 重症化リスク 】</p> <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた （医師に相談した日付：_____年_____月_____日 相談した医療機関：_____）				

※ 接種を希望される方は、事前にかかりつけ医によくご相談ください。