

新型コロナウイルスワクチン接種 基礎疾患申請書

令和 年 月 日

鳴門市長

次の通り、基礎疾患を有しているので新型コロナウイルスワクチンの接種券の送付を依頼します。

住所	鳴門市		
フリガナ		生年	昭・平
氏名		月日	年 月 日
代理申請者		連絡先	
基礎疾患で通院／入院している 医療機関名			
	該当する基礎疾患に○をつけてください		
1	慢性の呼吸器の病気		
2	慢性の心臓病（高血圧を含む。）		
3	慢性の腎臓病		
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）		
5	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		
6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）		
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。）		
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		
9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患		
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）		
11	染色体異常		
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）		
13	睡眠時無呼吸症候群		
14	重い精神疾患（精神疾患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）		
15	基準（BMI30以上）を満たす肥満の方		

※接種する際には、その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいかご相談ください。

※接種時には、お薬手帳をご持参ください。

【申請書提出先】 郵送・FAX・E-mail

〒772-8501 鳴門市撫養町南浜字東浜 170

鳴門市 健康増進課 コロナワクチン担当 行

FAX : 088-602-7945 E-mail : kenko@city.naruto.i-tokushima.jp