

接種会場にご持参ください

## 接種対象チェック票（新型コロナウイルスワクチン接種）

※ご年齢が12歳から64歳の方については、令和5年8月31日まで

基礎疾患のある方や医療従事者等が接種対象となります

被 接 種 者	ふりがな 氏名	
	住民票記載の住所	〒
	生年月日	年 月 日
接種対象者となる理由	<p>【18歳以上の方の場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の病気や状態の方で、通院／入院している方</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気</li><li><input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。）</li><li><input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病</li><li><input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等）</li><li><input type="checkbox"/> 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</li><li><input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</li><li><input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）</li><li><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</li><li><input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</li><li><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）</li><li><input type="checkbox"/> 染色体異常</li><li><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）</li><li><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群</li></ul> <p><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、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）（※）重い精神障害を有する者として精神障害者保健福祉手帳を所持している方、および知的障害を有する者として療育手帳を所持している方</p> <p><input type="checkbox"/> 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 * BMI の求め方：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）</p>	

裏面あり

**【18 歳未満の方の場合】**

以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- 慢性呼吸器疾患
- 慢性心疾患
- 慢性腎疾患
- 神経疾患・神経筋疾患
- 血液疾患
- 糖尿病・代謝性疾患
- 悪性腫瘍
- 関節リウマチ・膠原病
- 内分泌疾患
- 消化器疾患・肝疾患等
- 先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
- その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）

12 歳以上 64 歳以下であり、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

64 歳以下の医療従事者等である

64 歳以下の高齢者施設等の従事者である