

**FAX番号（0164）49-2822**  
**留萌市新型コロナワクチン接種対策室 行**

**基礎疾患優先接種申請書（新型コロナワクチン）**

令和 年 月 日

住民票に記載されている住所			
氏名		電話番号	
生年月日	西暦	年	月 日 満 歳

■優先接種希望理由

下記の基礎疾患一覧から該当する基礎疾患をチェックしてください。

回答欄	基礎疾患一覧
<input type="checkbox"/>	1. 慢性の呼吸器の病気
<input type="checkbox"/>	2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
<input type="checkbox"/>	3. 慢性の腎臓病
<input type="checkbox"/>	4. 慢性の肝臓病（肝硬変等）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
<input type="checkbox"/>	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。）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	11. 染色体異常
<input type="checkbox"/>	12. 睡眠時無呼吸症候群
<input type="checkbox"/>	13. 基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方