

(宛先) 高知市長 岡崎 誠也

【18歳以上60歳未満用】基礎疾患等に関する申告書
(新型コロナウイルスワクチン4回目接種)

※本申請は3回目のワクチン接種から5か月が経過している、18歳以上60歳未満の方が対象となります。

本人	フリガナ		生年月日	西暦	年 月 日
	氏名				
	住民票住所	〒 ー 高知市	連絡先		
接種券送付先住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ	〒 ー			

該当する基礎疾患等の項目にを入れてください。

- 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）
- BMIが30以上（BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）
- 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

※ 高知市で接種情報を確認するため、次の事項に同意（にレ点）の上、届け出をしてください。

- 接種履歴がある方については、ワクチン接種記録システム（VRS）等において、高知市長が接種券番号又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、接種記録を確認します。

以下高知市記入欄

ID : _____
PW : _____

3回目接種日 : 令和 年 月 日