

接種の対象者となる理由

1 65歳以上である

2 65歳未満で、医療従事者もしくは高齢者施設等従事者である

3 65歳未満で、基礎疾患があり通院/入院している

↓ ※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。

心臓に慢性の機能の障害を有する者

腎臓に慢性の機能の障害を有する者

呼吸器に慢性の機能の障害を有する者

肝臓に慢性の機能の障害を有する者

免疫の機能を低下させる疾患にかかっている者

免疫の機能を抑制する治療を受けている者

免疫異常に伴う神経疾患又は神経筋疾患にかかっている者

神経疾患又は神経筋疾患を原因とする身体機能の低下が認められる者

染色体に異常を有する者

血液疾患にかかっている者

(18歳以上であって、鉄欠乏性貧血にかかっている者を除く。)

18歳以上であって、インスリンその他の糖尿病治療薬を用いた糖尿病の治療を受けている者又は合併症を引き起こしている糖尿病の患者

18歳以上であって、睡眠時無呼吸症候群の患者

18歳以上であって、重い精神疾患にかかっている者

18歳以上であって、知的障害を有する者

18歳以上であって、BMIが30以上である者

新型コロナウイルス感染症にかかった場合に重症化するおそれ大きいと医師が認める者

		1回目	2回目	3回目
接種状況 <small>※転入の場合は、これまでの接種の記録(接種済証、接種証明書)の写しを添付してください。</small>	①接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()
	③接種場所(市区町村)			
		4回目	5回目	6回目
<small>※再発行の方は記入不要です。</small>	①接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()
	③接種場所(市区町村)			

※職員記入欄

受付者		受付日	令和 年 月 日
接種券発行者		接種券発行日	令和 年 月 日
発行方法	郵送 ・ 手渡し (月 日 時頃)		
ティアラ入力	有 ・ 無 (VRS確認)	VRS確認	データ有 (写しを添付) ・ 無

