

予診票等発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【4回目接種用】

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過したかたのうち、
60歳以上の方、18歳～60歳未満で基礎疾患等がある方等が対象です。

令和 年 月 日

稲城市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

下記のとおり、予診票等の発行を申請します。

(下記内容をよくお読みの上、にチェックしてください。)

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している。 <input type="checkbox"/> 18～59歳の医療従事者等である <input type="checkbox"/> 18～59歳の高齢者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 予診票等が届かない <input type="checkbox"/> 予診票等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 届いた予診票等は、接種に使用せず医師との相談(予診)のみで使用した。 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(裏面につづく)

<p>4 回目接種の対象となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>60 歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、基礎疾患があり、通院/入院している</p> <p>※基礎疾患等がある方は、下記より該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む）</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p><input type="checkbox"/>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。）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <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（※1）、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（※1））</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、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方</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の医療従事者等である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の高齢者施設等の従事者である</p>
<p>3 回目接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書は提出される方は、本欄は記入不要です。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田(ノババックス)</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種</p> <p>（接種券を送ってきた市町村名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____）（※2）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>

※1 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- 在日米軍による接種
- 製薬メーカーによる治験等としての接種
- 海外での接種
- 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種