新型コロナウイルスワクチン予防接種
基礎疾患予約ＦＡＸ申し込み書

令和　　年　　月　　日

住所	佐那河内村　　字		
フリガナ		生年 月日	昭・平 年　月　日
氏名			
連絡先	ＦＡＸ	電　話	
接種券番号 （10ｹﾀの番号）			

該当する基礎疾患に〇をつけてください	
1	慢性の呼吸器の病気
2	慢性の心臓病（高血圧を含む。）
3	慢性の腎臓病
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）
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
6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
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。）
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
9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
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）
１１	染色体異常
１２	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）
１３	睡眠時無呼吸症候群
１４	重い精神疾患（精神疾患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）
１５	基準（BMI30以上）を満たす肥満の方

接種希望日	接種方法　１　集団接種 ２　個別接種　医療機関名【　　】 ※どちらかに〇をつけ、２の場合は医療機関名を記入
	第１希望日：　　月　　日　　希望時間：　　時頃 第２希望日：　　月　　日　　希望時間：　　時頃 第３希望日：　　月　　日　　希望時間：　　時頃

※　送信内容を確認後、コールセンターから受け付け完了の返信をします。

※　FAX 番号を必ずご記入ください。

佐那河内村新型コロナウイルスワクチン予約･相談センター

FAX：088-622-6313