

18歳～59歳の方へ 回答期限 6月24日(金)

# 新型コロナウイルスワクチン(4回目)接種意向調査票

(接種券発行申請書)

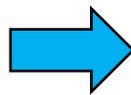
氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
住所	福島町字	電話番号	固定電話：0139-	-		
			携帯電話：	-	-	

下記の(1)～(3)の設問に対し、あてはまるものに☑を入れてください。

## (1)下記の基礎疾患があり、通院／入院している。または、BMIが30以上ある。

はい

いいえ



いいえの場合は、接種対象者ではないため以下の回答は不要です。(返信不要)  
※接種券は送付されません。

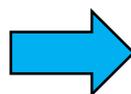
該当する項目に☑を入れてください。

- 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(治療中の悪性腫瘍を含む)
- 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
- 神経疾患や神経性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(精神通院治療)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(体格指数)が30以上である。《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。

## (2)4回目のワクチン接種を希望しますか。

希望する

希望しない



接種を希望しない場合は、調査終了です。(返信不要)  
※接種券は送付されません。

## (3)接種を希望する医療機関(個別接種)を選んでください。

小笠原クリニック

やまゆりクリニック

町外病院等での接種を予定

※調査終了です

- 意向調査は以上です。回答いただいた本用紙は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れてポストに投函してください。
- ワクチンの供給状況や、期限までにご返送いただけなかった場合には、ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。