

基礎疾患の自己申告書（新型コロナウイルス感染症予防接種）

申請日：令和 年 月 日

申請者（性別欄を除くすべての欄に記入してください。）

フリガナ：	性別： 男性 女性
氏 名：	生年月日： 年 月 日
郵便番号： -	電話番号： - -
住 所：	

私の基礎疾患について、次のとおり申告します。

（該当する項目の□に「レ」印をつけてください。）

1 以下の病気や状態の方で、通院・入院している

- 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）

2 基準（BMI30以上）を満たしている

- 基準（BMI30以上）を満たす肥満である

基準（BMI30以上）の目安：身長 170cm で体重約 87kg 以上
身長 160cm で体重約 77kg 以上