

基礎疾患を有する方の内容確認表

提出先

令和 年 月 日

コロナワクチン接種を受ける土浦市の協力医療機関
 (医師が内容を確認するため、予診票と併せて提出)
 (2回目接種時にも使用するため、本人に返却)

フリガナ

氏名

住所

コロナワクチン接種医療機関とかかりつけ医療機関は同じですか。 (いいえの場合は、以下の内容〔太枠内〕を記入してください)	はい ・ いいえ
-----------------------------------------------------------------	----------

No	病気や基礎疾患の状態	該当項目(○を記入)
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などで治療中又は他の病気を併発している糖尿病	
6	血液の病気 (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	重症心身疾患 (重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態)	
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)	
15	基準 (BMI 30) 以上の方 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ 例: 身長170cmで体重87kg ($87\text{kg} \div 1.7\text{m} \div 1.7\text{m} = 30.10$)	
上記の基礎疾患で通院/入院している 医療機関名 (病院名) を記入してください		
具体的な病名・症状等を記入してください		
服用しているお薬があれば記入してください (お薬手帳持参の場合は記入不要)		