

重要

春開始接種を受ける方は、この表を医療機関に提出してください。
18歳以上の方は、この用紙の裏面をお読みください。

令和5年春開始接種対象確認表（5～17歳用）

以下(A~C)のいずれかの項目に該当する方 ⇒ 年2回接種

1回目：春開始接種（令和5年5月8日～8月末）⇒この表を提出

2回目：秋開始接種（令和5年9月以降 ※1回目から3か月以上経過後）

※春開始接種を受けた方には、接種から3か月以上経過後に秋開始接種用の接種券を発送します。

以下(A~C)の項目に該当しない方 ⇒ 年1回接種（この表は提出不要）

年1回のみ：秋開始接種（令和5年9月以降）

A 基礎疾患を有する方、重症化リスクが高いと医師が認める方

No	病気や基礎疾患の状態	該当項目に ○を記入
1	慢性呼吸器疾患	
2	慢性心疾患	
3	慢性腎疾患	
4	神経疾患・神経筋疾患	
5	血液疾患	
6	糖尿病・代謝性疾患	
7	悪性腫瘍	
8	関節リウマチ・膠原病	
9	内分泌疾患	
10	消化器疾患・肝疾患等	
11	先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態	
12	その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）	
13	その他（重症化リスクが高いと医師が認めた場合） 〔 医療機関名： 〕	

※基礎疾患の該当項目が分からない場合には、かかりつけ医に相談・確認してください。（電話での確認は不可）

B 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者

勤務先施設名（ ） 勤務先電話番号（ ）

C 5～11歳で、小児用のオミクロン株対応2価ワクチンを接種していない方

※接種したワクチンの種類を調べる際には、接種済証に貼られているシールをご確認ください。

オミクロン株対応2価ワクチンの場合、（2価：起源株/オミクロン株BA.4-5）と書かれています。