

# 新型コロナワクチン接種について

## 基礎疾患のある方は占冠村役場までご連絡ください。

新型コロナワクチン接種は、重症化リスクの大きさ等を踏まえ、まずは医療従事者、次に、高齢者（令和3年度中に65歳以上）の方へ優先接種が行われています。

その次に優先となる方は、「基礎疾患を有する方」「60歳から64歳の方」となります。基礎疾患を有しているかどうかは、自己申告にて確認をさせていただきます。

高齢者の予防接種にてワクチンに余剰がでた場合、令和3年度中に65歳未満で基礎疾患があり通院している方を優先し接種案内の連絡をします。また、高齢者予防接種が終了後は、優先してワクチン接種の案内を行う予定です。

村は、基礎疾患があり新型コロナワクチン接種を希望する方からご連絡をいただき、優先接種待機者リストを作成します。リスト作成のため、氏名や生年月日、連絡先、疾患名等の情報提供をお願いします。ご連絡いただいた際は、前述の情報を聞き取ることをご了承の上、連絡をください。

### 新型コロナワクチン接種で接種順位の上位に位置付ける基礎疾患を有する者の範囲

1. 令和3年度中に65歳に達しない方で、以下の病気や状態で、通院又は入院している方
  - ・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）
  - ・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）を満たす肥満の方

### 予防接種について、事前に必ず主治医とご相談ください。

占冠村役場住民課（56-2122）までお電話、または、裏面の情報提供書をご記入の上、

占冠村役場住民課まで提出してください。

# 新型コロナワクチン接種にかかる情報提供書

新型コロナワクチン接種の優先接種を希望し、占冠村及び接種医療機関へ情報提供をすることに同意される方は、下記事項にご記入し、占冠村役場住民課までご提出ください。

※下記のチェック欄  の該当する箇所に、チェックをお願いします。

同意欄	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種の優先接種を希望し、占冠村及び接種医療機関へ情報提供をすることに同意します。
フリガナ	
名前	
生年月日	昭和 ・ 平成                      年                      月                      日生まれ
住所	北海道勇払郡占冠村字
携帯電話	—    —
通院 医療機関	
かかりつけ 医の承諾	<input type="checkbox"/> 接種についてかかりつけ医に確認済 <input type="checkbox"/> 接種について未確認
該当する 基礎疾患	該当する基礎疾患にチェックをしてください。  <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む） <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> BMI 30 以上を満たす肥満の方（身長                      c m、体重                      kg）