

## 基礎疾患等のある方への新型コロナワクチン 4 回目接種について

18 歳以上 60 歳未満で基礎疾患のある方や重症化リスクが高いと医師が認める方への 4 回目ワクチン接種を実施します。事前申込制としますので、対象となる方でワクチン接種を希望する方は申し込みをお願いします。

※ 1・2 回目で基礎疾患による優先接種の申し込みを期限内に行った方には接種券をお送りしましたので、同封された返信用はがきで申し込んでください。接種券が届いていない場合は、お手数ですが下記の方法で再度申し込みをお願いします。

### 1. 対象となる方

裏面の「新型コロナウイルスワクチン接種（4 回目）基礎疾患等による接種申込書」に記載のある病気等で通院等している方。

基礎疾患等の確認は、接種当日の予診票による本人の自己申告と接種前の医師による予診で行う予定です。

基礎疾患のある方や重症化リスクが高いと思われる方は、事前にかかりつけ医にご相談のうえ、ワクチン接種を受けるかをお決めください。

### 2. ワクチン接種日時について

基礎疾患のある方等への 4 回目ワクチン接種は 9 月から開始する予定です。日時を指定のうえ接種券を発送しますのでご協力をお願いします。

### 3. 申し込み方法

次のいずれかの方法で申し込みできます。

○インターネットの申込サイトでの申し込み

下記 URL または QR コードにより申込サイトにアクセスして申し込みください。

URL : <https://logoform.jp/form/MAEf/106803>



○接種申込会場での申し込み

裏面の「新型コロナウイルスワクチン接種基礎疾患等による接種申込書」に必要事項を記入のうえ申込会場にご持参ください。

申込会場：軽米町健康ふれあいセンター（岩手県立軽米病院となり）

受付時間：平日の午前 9 時から 11 時まで

### 4. 申込期間

令和 4 年 6 月 27 日（月）から 7 月 13 日（水）午前 11 時まで

接種申込に関する問い合わせ先

軽米町健康ふれあいセンター内 健康福祉課 ☎ 4 6 - 4 1 1 1

## 追加（4 回目）接種について

4 回目接種は、重症化予防を目的として実施されます。3 回目接種から 5 か月以上が経過した下記の方が対象となります。

- ・ 60 歳以上の方
- ・ 18 歳以上 60 歳未満で、基礎疾患を有する方や重症化リスクが高いと医師が認める方

新型コロナウイルスに感染すると、基礎疾患を有する方は重症化しやすいことに加え、高齢の方や妊娠している方も重症化しやすいことが科学的に明らかになってきています。また、海外の報告によれば、喫煙や身体不活動（いわゆる運動不足）といった生活習慣がある方も重症化しやすいとされています。これらを踏まえ、接種に当たっては、医学的見地から総合的に判断される必要があります。

基礎疾患等で医療機関を受診している方や、事前に相談できる医療機関をお持ちの方は、4 回目接種について、その医療機関の医師にご相談ください。

※ 厚生労働省ホームページ新型コロナワクチン Q & A より抜粋

**記入例**

新型コロナウイルスワクチン接種（4回目）  
基礎疾患等による接種申込書

住 所	軽米町大字 <b>軽米10-85</b>		
代表者氏名	<b>軽米 太郎</b>	電話番号	<b>0195-46-2111</b>

※代表者氏名は連絡の取れる方の氏名、連絡の取れる電話番号をご記入ください。

優先接種対象者氏名	<b>軽米 太郎</b>	<b>軽米 花子</b>	
生年月日	<b>S 44.5.6</b>	<b>S 47.2.1</b>	
性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	男・女
右記の病気や状態の方で、 通院等している方	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）		
	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）		
基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方			
重症化リスクが高いと医師が認める方			
希望するワクチン（いずれかを○で囲んでください）	ファイザー モデルナ <input checked="" type="radio"/> どちらでも可	ファイザー モデルナ <input checked="" type="radio"/> どちらでも可	ファイザー モデルナ どちらでも可

※ 1人につき該当する中から主なもの1箇所を○をご記入ください。

新型コロナウイルスワクチン接種（4回目）  
基礎疾患等による接種申込書

住 所	軽米町大字		
代表者氏名		電話番号	

※代表者氏名は連絡の取れる方の氏名、連絡の取れる電話番号をご記入ください。

優先接種対象者氏名			
生年月日			
性別	男・女	男・女	男・女
右記の病気や状態の方で、 通院等している方	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）		
	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）		
基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方			
重症化リスクが高いと医師が認める方			
希望するワクチン（いずれかを○で囲んでください）	ファイザー モデルナ どちらでも可	ファイザー モデルナ どちらでも可	ファイザー モデルナ どちらでも可

※ 1人につき該当する中から主なもの1箇所を○をご記入ください。

切り取り線