

様式第2号の1（表）（第7条関係）

新型コロナワクチン任意接種費助成における基礎疾患に関する医師証明書

年 月 日

久万高原町長 様

以下の者について、新型コロナワクチン任意接種費助成における基礎疾患を有しているため、次のとおり証明書を提出します。

なお、予防接種の効果及び副反応、健康被害に対する救済措置について、十分に説明しています。

住 所	久万高原町
(フリガナ) 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)
医師氏名 (※医師署名または記名押印)	
医療機関名	
所 在 地	
電 話 番 号	

(裏面に続く)

(裏)

※下記の該当するものに必ずチェックしてください。

該当する基礎疾患等	18歳以上の場合	<p>1. 以下の病気や状態で、通院／入院している</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気</li><li><input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む）</li><li><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病</li><li><input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変など）</li><li><input type="checkbox"/>インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病</li><li><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く）</li><li><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）</li><li><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</li><li><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</li><li><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（呼吸障害など）</li><li><input type="checkbox"/>染色体異常</li><li><input type="checkbox"/>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）</li><li><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</li><li><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、または自立支援医療（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）</li></ul> <p><input type="checkbox"/>2. 基準（BMI30 以上）を満たす肥満</p>
	17歳以下の場合	<p>以下の病気や状態で、通院／入院している</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>慢性呼吸器疾患</li><li><input type="checkbox"/>慢性心疾患</li><li><input type="checkbox"/>慢性腎疾患</li><li><input type="checkbox"/>神経疾患・神経筋疾患</li><li><input type="checkbox"/>血液疾患</li><li><input type="checkbox"/>糖尿病・代謝性疾患</li><li><input type="checkbox"/>悪性腫瘍</li><li><input type="checkbox"/>関節リウマチ・膠原病</li><li><input type="checkbox"/>内分泌疾患</li><li><input type="checkbox"/>消化器疾患・肝疾患等</li><li><input type="checkbox"/>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</li><li><input type="checkbox"/>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）</li></ul>