

18歳以上60歳未満4回目接種対象確認票

18～60歳未満の方は4回目の追加接種に該当するか否かについて、下記フローチャートの当てはまる箇所に○を記入の上、接種時にお持ちください。

1 3回目の接種から5か月が経過している

はい

いいえ

接種対象ではありません

2 下記の基礎疾患がある

ある (下記の記入欄に丸をする)

ない

記入	基礎疾患名称
<input type="radio"/>	慢性の呼吸器の病気
<input type="radio"/>	慢性の心臓病 (高血圧を含む。)
<input type="radio"/>	慢性の腎臓病
<input type="radio"/>	慢性の肝臓病 (肝硬変等)
<input type="radio"/>	インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病 (又はほかの病気を併発している糖尿病)
<input type="radio"/>	血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
<input type="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="radio"/>	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="radio"/>	染色体異常
<input type="radio"/>	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)
<input type="radio"/>	睡眠時無呼吸症候群
<input type="radio"/>	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)
<input type="radio"/>	BMI 30以上を満たす肥満 (BMI = 体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m)

基礎疾患のほか、新型コロナウイルス感染症にかかった場合、重症化リスクが高いと医師が認めている。

はい

いいえ

医療従事者もしくは高齢者施設従事者である。

はい

いいえ

接種対象ではありません。

接種対象者です。希望者は本用紙を持参のうえ接種してください。

記入例① 腎臓病を治療中の場合

18歳以上60歳未満4回目接種対象確認票
18～60歳未満の方は4回目の追加接種に該当するかどうかについてフローチャートの当てはまる箇所に○を記入の上、接種時に提出してください。

1 3回接種から5か月が経過している
 はい いいえ

2 下記の基礎疾患がある
 ある (下記の記入欄に丸をする) ない

記入	基礎疾患名称
<input type="radio"/>	慢性の呼吸器の病気 (高血圧を含む。)
<input checked="" type="radio"/>	慢性の腎臓病
<input type="radio"/>	慢性の肝臓病 (肝硬変等)
<input type="radio"/>	インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病 (又はほかの病気を併発している糖尿病)
<input type="radio"/>	血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
<input type="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="radio"/>	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)

基礎疾患の他に、新型コロナウイルス感染症にかかった場合、重症化リスクが高いと医師が認めている。

はい いいえ

医療従事者もしくは高齢者施設従事者である

記入例② 医師から重症化リスクが高いと認められた場合

18歳以上60歳未満4回目接種対象確認票
60歳未満の方は4回目の追加接種に該当するかどうかについて、下記フローチャートの当てはまる箇所に○を記入の上、接種時にお持ちください。

1 3回接種から5か月が経過している
 はい いいえ

2 下記の基礎疾患がある
 ある (下記の記入欄に丸をする) ない

記入	基礎疾患名称
<input type="radio"/>	慢性の呼吸器の病気 (高血圧を含む。)
<input type="radio"/>	慢性の心臓病 (高血圧を含む。)
<input type="radio"/>	慢性の腎臓病
<input type="radio"/>	慢性の肝臓病 (肝硬変等)
<input type="radio"/>	インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病 (又はほかの病気を併発している糖尿病)
<input type="radio"/>	血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
<input type="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="radio"/>	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)

基礎疾患のほか、新型コロナウイルス感染症にかかった場合、重症化リスクが高いと医師が認めている。

はい いいえ

医療従事者もしくは高齢者施設従事者である

【注意事項】

- 本確認票は予診の際に医師へ提出してください。
- 本確認票は7月末時点の情報をもとに作成しています。4回目接種対象者の範囲については国において引き続き検討を行っているため変更になる場合があります。
- 接種対象外となる方は予約をしても接種できません。

各種問い合わせ先など

笛吹市
新型コロナ予防接種コールセンター

055-267-6678



山梨県
新型コロナワクチン専門相談ダイヤル

055-223-8878



厚生労働省
新型コロナワクチンコールセンター

0120-761-770



感染予防対策を
継続していただ
くようお願いし
ます。

×



密集場所

×



密接場面

×



密閉空間



マスクの着用



石けんによる
手洗い



手指消毒用アルコール
による消毒の励行

「3つの密 (密集・密接・密閉)」の回避