優 先 接 種 対 象 者 証 明 書

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明治　昭和
大正　平成</td><td>年　　月　　日</td><td>年　齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>基礎疾患名</td><td colspan="4">以下の疾患のうち、該当するものの番号を〇で囲んでください。
１　慢性呼吸器疾患　［気管支喘息やCOPD、気道分泌物の誤嚥のリスクのある者（脳性麻痺、認知機能障害、精神運動発達障害等）を含む。］
２　慢性心疾患　［血行動態に障害がある者を対象とする。ただし、高血圧を除く。］
３　慢性腎疾患　［透析中の者、腎移植後の者を含む。］
４　慢性肝疾患　［慢性肝炎を除く。］
５　視神経疾患・神経筋疾患　［免疫異常状態、あるいは呼吸障害等の身体脆弱状態を生じた疾患・状態を対象とする。］
６　血液疾患　［鉄欠乏性貧血、免疫抑制療法を受けていない突発性血小板減少性紫斑病と溶血性貧血を除く。］
７　糖尿病　［妊婦・小児、併発性のある者。またはインスリンおよび経口糖尿病薬による治療を必要とする者。］
８　疾患や治療に伴う免疫抑制状態　［悪性腫瘍、関節リュウマチ、膠原病、内分泌疾患、消火器疾患、HIV感染症を含む。］
９　小児科領域の慢性疾患　［染色体異常症、重度心身障害児を含む。］</td></tr>
<tr><td>特記事項１</td><td colspan="2">※上記のうち、最優先対象者である場合は「最優先対象者」を〇で囲んでください。</td><td colspan="2">最優先対象者・その他</td></tr>
<tr><td>特記事項２</td><td>アレルギー</td><td colspan="3">なし　あり（　　）</td></tr>
<tr><td>特記事項３</td><td>接種すべき者</td><td colspan="3">本人　　保護者等
基礎疾患を有する者（又は高校生に相当する年齢以下の者）のうち、身体上の理由により予防接種が受けられない場合は「保護者等」に〇をしてください。</td></tr>
</table>

上記の者は、新型インフルエンザワクチンを優先的に接種すべき基礎疾患を有していること（又は上記の者の保護者等に接種すべきこと）を証明します。

平成　　年　　月　　日

（ 医療機関名 ）
（　住　所　）
（　電話番号　）
（　医 師 名　）