

【基礎疾患のある65歳未満の方及び高齢者施設等の従事者向け】 新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ

現在、65歳以上の方に新型コロナウイルスワクチン接種のご案内をお送りしておりますが、**基礎疾患のある65歳未満の方及び高齢者施設等の従事者の方**の接種予約受付も開始いたします。接種をご希望の場合は、下記『接種券発行までの流れ』をご参照の上ご連絡ください。
(ご予約の日程につきましては裏面をご確認ください。)

予防接種の効果と副反応のリスクの双方について理解したうえで、接種※を受けていただきます。当日の診察で異常がみられる場合や、体調が悪い場合などは接種できません。※接種は強制ではありません。
※65歳以上で未接種の方につきましても随時受付をしております。

ワクチン接種は、町立診療所での「集団接種」と町内一部医療機関での「個別接種」があります。

接種券発行までの流れ

1 ご自分が対象に該当されるかの確認をお願いします

① 基礎疾患のある65歳未満の方 ▼ 下記に該当されるかご確認ください。

◎ 基礎疾患のある方について

▼ 基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です（令和3年3月18日時点）。

1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- | | |
|--|--|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 8. 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 |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 3. 慢性の腎臓病 | 10. 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） |
| 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等） | 11. 染色体異常 |
| 5. 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 | 12. 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） |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |
| 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） | 14. 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） |

2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

※ BMI 30の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

② 高齢者施設等の従事者の方（接種当日、勤務先から発行された証明書※が必要です）

◎ 高齢者施設等の従事者について

高齢者等が入所・居住する社会福祉施設等（介護保険施設、居住系介護サービス、高齢者が入所・居住する障害者施設・救護施設等）において、利用者に直接接する職員（一定の居宅サービス事業所及び訪問系サービス事業所等の従事者も含む。）

※ 証明書の様式は接種券と一緒に送付いたします。

2 下記連絡先までご予約の連絡をお願いします

お問い合わせ先

【佐々町新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター】

予約・相談センター

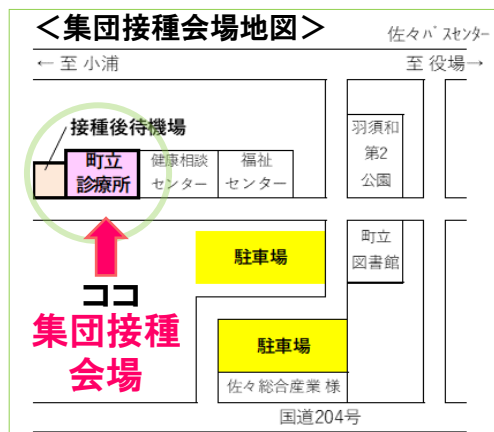
電話 0956 - 40 - 1555

(FAX 0956 - 41 - 1051)

受付時間：平日 8時30分～18時30分(土日祝を除く)

※ ご予約は基本的に電話で受け付けております。

※ 電話が繋がりにくく、ご迷惑をおかけする場合がありますが、予約枠は十分確保しておりますので、ご安心ください。



3 予約の確定後、接種券等関係書類をお送りします。

予約の確定後に、接種券・ワクチン接種の注意点等が記入された説明書・予約票などを送付いたします。届きましたら、内容を確認していただき、接種時の注意点などをよくお読みください。接種当日は、当日の持ち物を忘れずお持ちいただき、予約された受付時間に来所いただきますようお願いいたします。

新型コロナウイルスワクチン接種の予約について

集団接種の場合

予約・相談センター **0956-40-1555** で予約

(筆談などをご希望の場合は FAX 0956-41-1051 でご予約ください。)

受付時間 : 平日 8時30分～18時30分 (土日祝日を除く)

1 希望の接種日をお伝えください。

▼ 下記よりご希望の接種日、接種時間をお伝えください。先着順となりますので空いている日時をご案内いたします。

※この後の日程については、国からのワクチン供給量により、随時接種日を設けますのでお尋ねください。

①	6月 23日(水)	②	6月 24日(木)	③	6月 26日(土)
---	-----------	---	-----------	---	-----------

2 希望の接種時間をお伝えください。

【 受付時間 (水木土の場合) 】

①	12 : 30 ~ 12 : 45	⑤	13 : 30 ~ 13 : 45	⑨	14 : 30 ~ 14 : 45
②	12 : 45 ~ 13 : 00	⑥	13 : 45 ~ 14 : 00	⑩	14 : 45 ~ 15 : 00
③	13 : 00 ~ 13 : 15	⑦	14 : 00 ~ 14 : 15	⑪	15 : 00 ~ 15 : 15
④	13 : 15 ~ 13 : 30	⑧	14 : 15 ~ 14 : 30	⑫	15 : 15 ~ 15 : 30

※混雑を避けるため、時間ごとの受付を行っております。受付時間どおりにご来所いただきますようご協力お願いいたします。受付時間から接種終了までに1時間程かかりますのでご了承ください。

予約日が決定されましたらご記入ください

※ この用紙はFAX用紙ではございません。
ご予約の際にこの用紙を日程記入としてご利用ください。

第1回目の予約日は 月 日 ()

受付時間は 時 分 ~ 時 分

第2回目の予約日は 月 日 ()

受付時間は 時 分 ~ 時 分