

京都市新型コロナワクチン 基礎疾患のある方の集団接種希望者の登録

聴覚に障害があるなど、電話でのお申込みが難しい方のみ、FAXによりお申し込みいただけます。

接種希望の登録をされた方は、コールセンターから改めて御連絡しますので、しばらくお待ちください。

希望される各区・支所管内の接種会場以外を御案内することがありますので、御了承ください。

京都市新型コロナワクチン接種コールセンター (FAX 075-950-0809)

接種券番号(10桁)											
フリガナ											
接種希望者氏名	(セイ)					(メイ)					
生年月日(西暦)					年			月			日
接種希望者 住民票記載住所	〒										
接種希望場所 (1箇所のみ○で 囲んでください)	①北区管内			②上京区管内			③左京区管内				
	④中京区管内			⑤東山区管内			⑥山科区管内				
	⑦下京区管内			⑧南区管内			⑨右京区管内				
	⑩京北地域			⑪西京区管内			⑫洛西支所管内				
	⑬伏見区管内			⑭深草支所管内			⑮醍醐支所管内				
基礎疾患 (複数に該当する場合 あっても、1つのチェッ ク(☑)で構いません。)	<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病 (高血圧を含む。) <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病 (肝硬変等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <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。) <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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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 (呼吸障害等) <input type="checkbox"/> 染色体異常 <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) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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、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="checkbox"/> BMI 30以上を満たす肥満の方										
連絡先氏名(カナ)	(セイ)					(メイ)					
FAX 番号	—					—					
連絡先電話番号(任意)	—					—					
メールアドレス (任意)	@										
記載内容に誤りがある場合や虚偽が判明した場合、登録が取り消されることがあります。その旨異議を申し立てないことについて同意する場合は、右の「同意する」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 同意する											

※コールセンター記載欄 (記載不要)

受付者		可否	可 ・ 否
予約日時	月 日 () 時 分	会場	回目