

Sequência de reserva da vacinação para pessoas com doenças crônicas

基礎疾患自己申告書

市の特設会場、長浜病院、湖北病院、中之郷診療所の予約をする方のみ提出が必要です。
 その他、開業医、圏域接種、県の大規模接種会場等で接種を希望される方は提出の必要はありません。
 8月1日（日）以降に予約の手続きをする場合、提出の必要はありません。

※手続きの方法は、同封の「新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ」をご覧ください。

Data de preenchimento ano Reiwa/mês/dia 令和 3 年 月 日

氏名	Nome	生年月日	Data de nascimento
電話番号	Telefone	接種券番号	Nº do cupom para vacinação
住所	長浜市 Endereço		

A Pessoas portadoras das seguintes doenças ou condições (1 ~ 14) e que estejam em tratamento ou hospitalizadas

該当番号	Nº da doença	受診医療機関	Nome da instituição médica em que realiza o tratamento
1.			

Anote o número correspondente à doença (1 ~14) e o nome da instituição médica onde realiza o tratamento. * No caso de várias doenças anote sobre a mais grave.

- | | |
|--|--|
| 1. Doença respiratória crônica; | 2. Doença cardíaca crônica (inclusive pressão alta); |
| 3. Doença renal crônica; | 4. Doença hepática crônica (cirrose hepática, etc.); |
| 5. Diabetes sendo tratada com insulina, medicamentos, ou diabetes associada a outras doenças; | 6. Doença sanguínea (com exceção de anemia por deficiência de ferro); |
| 7. Doença que prejudicam o funcionamento do sistema imunológico (inclusive tumores malignos em tratamento); | |
| 8. Recebendo tratamento com esteróide ou outro que reduz o funcionamento imunológico; | |
| 9. Doenças neurológicas e doenças neuromusculares com distúrbios imunológicos; | |
| 10. Estado de função física prejudicada, devido a doenças neurológicas ou neuromusculares (deficiência respiratória, etc.); | |
| 11. Anomalia cromossômica; | 12. Deficiência física e mental grave (estado simultâneo de deficiência física severa e de deficiência mental severa); |
| 13. Síndrome da apnéia do sono; | |
| 14. Doenças mentais graves (internado para tratamento de doenças mentais, portador da carteira de saúde e bem-estar de deficiência mental, ou em assistência médica para autossuficiência (assistência médica psiquiátrica) que se enquadrem na categoria “grave e contínua” e também deficiência cognitiva (em caso de portadores da carteira de tratamento); | |

B Pessoas obesas que correspondem ao requisito (BMI igual ou superior a 30)

BMIを計算して、記入ください。
 <計算方法> **Calcule seu BMI (IMC) e anote** → BMI

※BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

Como calcular:
 BMI = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m)
 Exemplo: peso 87kg e altura 1,70 m 87 ÷ 1,7 ÷ 1,7 = 30,1

Declaração sobre doença crônica [Kiso Shikkan Jiko Shinkokusho]

A apresentação desta declaração é necessária somente para as pessoas que desejam realizar a reserva para vacinação prioritária nos locais de vacinação instalados pela prefeitura, no Nagahama Byouin, Kohoku Byouin ou Nakanogou Shinryousho. Pessoas que desejam ser vacinadas em clínicas particulares, nos centros de vacinação em grande escala da província, não necessitam enviar a declaração. Aqueles que pretendem realizar a reserva após 1º de agosto também não necessitam enviar a declaração.

Enviar a declaração para: 〒526-0845 Nagahama-shi Kobori-cho 32-3
 Nagahama Well Center
 Nagahama-shi Shingata Coronavirus Wakuchin
 Sesshu Suishinshitsu

- ※Será possível realizar a reserva pela internet ou Call Center cerca de 1 semana depois que a declaração chegar no depto. responsável.
- ※ Se a declaração sobre doença crônica for aceita, não entraremos em contato.
- ※ O Nagahama-shi Shingata Coronavirus Wakuchin Sesshu Suishinshitsu entrará em contato quando a declaração não for aceita.

[No caso de desejar aplicar a vacina em clínicas particulares, etc.]
 Realize a reserva diretamente na instituição médica onde deseja ser vacinado.
 Não é necessário apresentar diagnóstico médico para comprovar que possui doença crônica.