

การฉีดวัคซีน COVID-19

การฉีดวัคซีน COVID-19 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว

~ ต้องยื่นเรื่องแจ้งความประสงค์มาล่วงหน้า ~

ทางเมืองโทโยนาคะได้ทยอยส่งใบเข้ารับวัคซีน (คูปอง) COVID-19 โดยคำนึงถึงปริมาณวัคซีน และลำดับกลุ่มความสำคัญเช่น อายุ ฯลฯ **ผู้ที่มีโรคประจำตัวและมีความประสงค์ที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีน (อายุไม่ถึง 60 ปี) มีสิทธิ์เข้ารับวัคซีนได้ก่อน ผู้ที่เข้าข่ายสามารถยื่นเรื่องแจ้งความประสงค์มาล่วงหน้าเพื่อรับใบเข้ารับวัคซีน (คูปอง)**

ระยะเวลาในการยื่นเรื่อง

ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม ถึงวันอังคารที่ 8 มิถุนายน ค.ศ. 2021

*ท่านสามารถยื่นเรื่องมาได้หลังจบระยะเวลายื่นเรื่องข้างต้นนี้ แต่จะจัดส่งใบเข้ารับวัคซีน (คูปอง) ไปให้ในการจัดส่งครั้งถัดไป

วิธียื่นเรื่อง

1 ยื่นทางเว็บไซต์	2 ทางไปรษณีย์	3 ส่งแฟกซ์
ยื่นทางเว็บไซต์ของเมือง	ส่งใบแจ้งความประสงค์ (หน้าหลัง) 1 พิมพ์ได้จากเว็บไซต์ของเมือง 2 วางแจกในสถานที่ภาครัฐในเมือง	ส่งใบแจ้งความประสงค์ (หน้าหลัง) มาทางแฟกซ์
สแกนโดย สมาร์ตโฟน ฯลฯ → 	(ส่งมายัง) แฟกซ์: 06-6152-7304 ที่อยู่: 〒561-0881 Toyonaka-Shi, Nakasakura zuka, 4-11-1 Toyonaka-Shi Hokensho (Wakuchin sesshu taisaku team)	
*ขอความร่วมมือในการทำเรื่องทางเว็บไซต์		

เมื่อได้รับ ใบเข้ารับวัคซีน

หลังจากที่ได้ทำการยื่นเรื่อง จะจัดส่งใบเข้ารับวัคซีน (คูปอง) ไปให้ทางไปรษณีย์ประมาณกลางเดือนมิถุนายน เมื่อได้รับใบเข้ารับวัคซีน (คูปอง) ขอให้ติดต่อไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ท่านรักษาโรคประจำตัวอยู่ กรณีที่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่ท่านรักษาอยู่ไม่ได้มีการฉีดวัคซีน ขอให้ติดต่อไปยังสถานบันทางการแพทย์ที่ท่านฉีดวัคซีนโดยตรง หรือโทรมายังสายด่วนฉีดวัคซีนโทโยนาคะ (โทร: 06-6151-2511) หรือจองเพื่อเข้ารับวัคซีนแบบกลุ่มผ่านทางเว็บไซต์ของฉีดวัคซีนโดยเฉพาะ

ผู้ที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เข้าข่ายเกณฑ์ในการรับวัคซีนนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ 13 พฤษภาคม ค.ศ. 2021)

(1) ผู้ที่มีอาการป่วยดังต่อไปนี้และมีการเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 2. โรคหัวใจเรื้อรัง (รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง) 3. โรคไตเรื้อรัง 4. โรคตับเรื้อรัง (ตับแข็งและอื่นๆ) 5. โรคเบาหวานที่ต้องรักษาโดยการให้อินซูลินหรือยา หรือโรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับโรคอื่นๆ 6. โรคเลือด (ยกเว้นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก) 7. โรคที่ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง (รวมถึงเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้ายซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษา) 8. อยู่ในระหว่างรับการรักษาที่ลดระบบภูมิคุ้มกัน รวมถึงสเตียรอยด์ | <ul style="list-style-type: none"> 9. โรคระบบประสาทและโรคกล้ามเนื้อร่วมประสาทที่เกี่ยวข้องกับความคิดปกติของภูมิคุ้มกัน 10. การทำงานของร่างกายลดลงอันเนื่องมาจากโรคระบบประสาทและโรคกล้ามเนื้อร่วมประสาท (รวมถึงความคิดปกติด้านการหายใจ) 11. ความผิดปกติของโครโมโซม 12. ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจที่ร้ายแรง (ความบกพร่องทางร่างกายที่รุนแรง และความบกพร่องทางสติปัญญาที่รุนแรง) 13. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ 14. การป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการป่วยทางจิต มีใบรับรองการป่วยทางจิต หรือผู้ที่อยู่ในกลุ่ม “รุนแรงและต่อเนื่อง” ที่ดูแลรักษาด้วยตนเอง (การดูแลในโรงพยาบาลจิตเวช)) หรือความบกพร่องทางสติปัญญาผู้ที่ไม่รับรองการฟื้นฟูสภาพ |
|--|--|

(2) อื่นๆ

- 15. คนอ้วนซึ่งตรงกับเกณฑ์ (BMI 30 ขึ้นไป)

[ติดต่อสอบถาม]

ทีมงานวัคซีน อนามัย เทศบาลเมืองโทโยนาคะ (Toyonaka-Shi Hokensho, Wakuchin sesshu taisaku team) โทร: 06-6152-7410

ใบแจ้งความประสงค์ขอให้ส่งใบเข้ารับวัคซีน COVID-19 [สำหรับผู้มีโรคประจำตัว (อายุไม่ถึง 60 ปี)]
 新型コロナウイルスワクチン接種券送付申込書【基礎疾患のある人（60歳未満）】

วันที่ยื่นเรื่อง (ปี) (เดือน) (วัน)

(เรียน)

นายกเทศบาลเมืองโทโยนากะ

ขอแจ้งความประสงค์ต้องการให้ส่งใบเข้ารับวัคซีนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ดังต่อไปนี้

1. ผู้เข้ารับวัคซีน

ที่อยู่ตามทะเบียน	〒 —		
ประชาชน(ภูมินิสัย)	(Toyonaka City)		
สังกัด ภาตาคณะ			
นามสกุล ชื่อ			
วันเดือนปีเกิด	(ปี)	(เดือน)	(วัน)
หมายเลขโทรศัพท์	— —		
โรคประจำตัว	* โปรดเลือกหมายเลขของโรคประจำตัวที่ระบุไว้หน้าหลัง		

* จะส่งใบเข้ารับวัคซีนไปยังที่อยู่ตามทะเบียนประชาชนของผู้เข้ารับวัคซีน

2. ผู้ยื่นเรื่อง

คนเดียวกันกับ [1. ผู้เข้ารับวัคซีน] ข้างต้น <input type="checkbox"/> (กาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> กรณีที่เป็นคนเดียวกัน) กรณีที่ไม่ใช่ [1. ผู้เข้ารับวัคซีน] ข้างต้น ขอให้กรอกรายละเอียดต่อไปนี้	
ที่อยู่	〒 —
สังกัด ภาตาคณะ	
นามสกุล ชื่อ	
หมายเลขโทรศัพท์	— —
ความสัมพันธ์กับ ผู้เข้ารับวัคซีน	<input type="checkbox"/> ญาติ (ความสัมพันธ์:) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ()

สำหรับเจ้าหน้าที่เทศบาลเมือง 市記入欄

受付日	月 日	受付方法	<input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/>	担当者	
本人確認	済 <input type="checkbox"/>	確認日	月 日	担当者	
発券依頼	済 <input type="checkbox"/>	依頼日	月 日	担当者	
発券確認	済 <input type="checkbox"/>	確認日	月 日	担当者	