

अन्तर्निहित रोग भएका व्यक्तिलाई खोपमा प्राथमिकता

~ पहिले आबेदन दिन जरुरी छ । ~

तोयोनाका नगरपालिकामा कोरोना बिरुद्धको खोपको संख्यालाई मध्यनजर गरेर उमेर आदिको आधारमा बिभाजन गरि क्रमिक रूपमा खोप कार्ड (कुपन) पठाइने छ । तर, खोप प्राथमिकताको क्रम अनुसार अन्तर्निहित रोग भएका ६० वर्षसम्मका इच्छुक व्यक्तिहरुलाई प्राथमिकताका साथ खोप कार्ड (कुपन) पठाइन्छ । खोप कार्ड (कुपन) पाउनका लागि पहिले नै आबेदन दिनु जरुरी छ ।

आबेदन समय

२०२१ मे २१ (शुक्रबार) देखि जुन ८ (मंगलबार) सम्म

※ आबेदन अबधि सकिएपनि दर्ता गर्न सकिने भएतापनि खोप कार्ड (कुपन) अर्को चरणमा पठाइने छ ।

आबेदन दिने तरिका

१: इन्टरनेट मार्फत आबेदन	२: हुलाक मार्फत	३: फ्याक्स मार्फत
नगरपालिकाको होमपेजको इन्टरनेट आबेदन फारम मार्फत आबेदन स्मार्टफोन आदिका लागि यहाँबाट → ※ इन्टरनेट मार्फत आबेदन दिनको लागि अनुरोध गर्दछौं ।	आबेदन फारम (अर्को पेज) हुलाक मार्फत पठाउनुहोस् । १: नगरपालिकाको होमपेजबाट प्रिन्ट गर्नुहोस् । २: नगरपालिका भित्र रहेको सार्वजनिक भवनहरुमार्फत वितरण	आबेदन फारम (अर्को पेज) फ्याक्स मार्फत पठाउनुहोस् ।
<p>【Where to send】 FAX: 06-6152-7304 Postal mail: 4-11-1 Nakasakurazuka, Toyonaka-shi, 561-0881, Japan To: Vaccination Task Force, Toyonaka City Public Health Center</p>		

खोप कार्ड (कुपन) आए पछि

आबेदन दर्ता भए पछि मध्य जुनसम्ममा हुलाक मार्फत खोप कार्ड (कुपन) पठाइन्छ । खोप कार्ड (कुपन) आए पछि आफु सधैं जाने स्वास्थ्य संस्थाको डाक्टरसंग परामर्श गर्नुहोस् । आफु सधैं जाने स्वास्थ्य संस्थाको डाक्टरले खोप नदिने भएमा नजिकैको स्वास्थ्य संस्थामा सिधै बुकिंग गर्ने वा तोयोनाका खोप डायल (TEL : 06-6151-2511) मा वा खोपको वेबसाइटबाट सामुहिक खोपको लागि बुकिंग गर्नुहोस् ।

अन्तर्निहित रोग भएका लक्षित व्यक्तिहरुको परिधि (as of May 13, 2021)

◎ अन्तर्निहित चिकित्सा अवस्थाको व्यक्ति को हो?

अन्तर्निहित चिकित्सा अवस्था भएका व्यक्तिहरुका लागि खोप बृद्धहरु पछि सुरु गरिनेछ । अन्तर्निहित चिकित्सा अवस्था भएका व्यक्तिहरुलाई तलका कुनै पनि मापदण्ड पूरा गर्ने व्यक्तिहरुको रूपमा परिभाषित गरिएको छ (मार्च १८, २०२१ अनुसार)।

१. निम्न बिरामीहरु वा सर्तका व्यक्तिहरु जसले बहिरंग वा अन्तरंग सेवा पाइरहेका छन्-

१. दीर्घकालीन श्वास रोग
२. जीर्ण हृदय रोग (उच्च रक्तचाप सहित)
३. दीर्घकालीन मृगौला रोग
४. दीर्घकालीन कलेजो रोग (लिभर सिरोसिस आदि।)
५. ईन्सुलिन वा औषधिबाट उपचार भैरहेको मधुमेह अथवा अन्य मधुमेह रोगहरु
६. रक्त रोग (आइरनको कमी एनीमिया बाहेक)
७. रोगहरु जसले प्रतिरक्षा प्रणालीको कार्यलाई बिगार्दछ (उपचार अन्तर्गत घातक ट्यूमर सहित)

८. प्रतिरोधात्मक क्षमतालाई कमजोर बनाउने, स्टेरोइडहरु सहितका उपचार प्राप्त गर्दै गरेका
९. न्यूरोलोजिकल र न्यूरोमस्क्युलर रोग प्रतिरक्षा विकृतिसँग सम्बन्धित
१०. न्यूरोलोजिकल वा न्यूरोमस्क्युलर बिरामीहरुको कारण शरीरको कार्यहरु घटाएका(सासका विकार सहित)
११. क्रोमोसोमल असामान्यता
१२. गम्भीर मानसिक र शारीरिक अशक्तताहरु (गम्भीर शारीरिक अक्षमता र गहन बौद्धिक अक्षमता)
१३. स्लीप एपनिया सिन्ड्रोम
१४. गम्भीर मानसिक रोग (मानसिक रोगको उपचारको लागि अस्पतालमा भर्ना भएका, मानसिक अशक्तता प्रमाणपत्र भएका वा आफ्नै खर्चमा "गम्भीर र निरन्तर" श्रेणिको उपचार गराइरहेको (मानसिक अस्पताल) अथवा बौद्धिक अपांगता (पुनस्थापना प्रमाणपत्रधारी)

२. मोटो व्यक्तिका लागि मापदण्ड (३० बीएमआई वा सो भन्दा माथि)

बीएमआई = शरीरको वजन (किलोग्राम) ÷ उचाई (m) ÷ उचाई (m)

*३० बीएमआईका लागि गाईडलाईन: १७० सेमी उचाई र ८७ केजी वजन, १६० सेन्टिमिटरको उचाई र ७७ केजी वजन

सम्पर्क: तोयोनाका स्वास्थ्य केन्द्र खोप वितरण टिम फोन: 06-6152-7410

(जापानी भाषा वा अल्फाबेट मा लेख्नुहोस्)

कोरोना भाइरस बिरुद्ध खोप कार्ड आबेदन फारम (अन्तर्निहित रोग भएका व्यक्ति (६० बर्षसम्म))
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)】

आबेदन मिति: ____ साल ____ महिना ____ तारिक

(प्रापक)

मेयर, तोयोनाका नगरपालिका

निम्नानुसार कोरोना भाइरस बिरुद्ध खोप कार्ड पठाई दिनका लागि आबेदन दिएको छु ।

१) लक्षित व्यक्ति

बसोबास दर्ता भएको ठेगाना	पोष्टल कोड 〒 () 豊中市 (Toyonaka City)
फुरिगाना	
नाम	
जन्म मिति	साल महिना तारिक
टेलिफोन नम्बर	
अन्तर्निहित रोग	अगाडिको पेजमा परिभाषित गरिएको अन्तर्निहित रोगको मिल्ने नम्बर छान्नुहोस् । ()

※खोप कार्ड सम्बन्धित व्यक्तिको बसोबास दर्ता भएको ठेगानामा पठाइनेछ ।

२) प्रस्ताबक

माथिको (१ लक्षित व्यक्ति) कै व्यक्ति (एकै व्यक्ति भए टिक मार्क लगाउनुहोस् । तल लेख्नु पर्दैन ।) माथि (१ लक्षित व्यक्ति) बाहेकको व्यक्ति भएमा तल लेख्नुहोस् ।	
ठेगाना	〒 ()
फुरिगाना	
नाम	
फोन नम्बर	— —
लक्षित व्यक्ति संगको सम्बन्ध	परिवार (नाता:) अन्य ()

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	