注１　検査キットの配布は、**「新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる症状がある方（有症状者）」が対象**です。

注２　有症状者のうち、**主に重症化リスク（基礎疾患及び肥満（BMI30 以上））の無い方、妊娠されている可能性が無い方への配布を想定しています。基礎疾患については別添資料にて確認してください。**

注３　この申込書を**事前に記載**して、**検査キットの配布場所へ持参してください。**

※　同居家族の代表者がまとめて受け取るなど、複数人分のキットの受け取りを希望する場合は、人数分の「検査キット配布申込書」が必要になります。

八丈町有症状者への抗原定性検査キット配布申込書

別添「有症状者への抗原定性検査キットの配布を希望する方への留意事項」を理解し、遵守すること誓約した上で、以下のとおり、配布を申し込みます。

年　　月　　日

使用者

氏　　名：

住　　所：

生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）

電話番号：

※日中の連絡先を記載してください。

代理人

氏　　名：

使用者との関係：

別添

検査キットの配布を希望する方は、以下の留意事項等を必ず御覧いただき、内容を御理解いただいた上で、お申し込みください。
※この用紙は、御自身で保管してください。

有症状者への抗原定性検査キットの配布を希望する方への留意事項等

○　「新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる症状がある方（有症状者)」の中で主に重症化リスク（**基礎疾患**及び肥満（BMI30 以上)）の無い方、妊娠されている可能性が無い方への配布を想定しています。陰性を証明するための申込みはできません。
○　１回のお申込みにつき、一人当たり１キットの配布とします。(上限２回)
○　検査キットの**譲渡や販売・転売は、絶対にしないでください。**
○　検査キットの使用方法など、検査方法については、検査キットに同封する説明書を御覧ください。

※参考　重症化リスクに該当する基礎疾患

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