



# COVID-19ワクチン - 追加接種とブースター接種 追加接種の適格性自己証明書



ファイザー製ワクチン接種を2回受けた方向けのブースター接種の証明については、次のページをご覧ください。

## ファイザーまたはモデルナ製のCOVID-19ワクチンの2回目の接種をすでに受けた 中等度から重度の免疫不全状態にある方

アメリカ疾病予防管理センターによって定められた[基準](#)に適合する人は、2回目のワクチン接種から少なくとも28日以降に、mRNA（ファイザーまたはモデルナ）の3回目の接種を受けることが推奨されています。可能な場合、同じ種類のワクチンを受けましょう。例えば、ファイザー製のワクチンを2回接種した人は、3回目の接種もファイザーを選んでください。

追加接種の必要性についてかかりつけの医師に相談しましょう。3回目の接種が必要である場合は現在の治療計画に基づき、受ける最善のタイミングについても話し合ってください。免疫抑制治療をこれから始める場合や再開する方たちに特に重要になってきます。

私は免疫不全状態にあり、以下の基準に基づいて3回目のワクチン接種を受ける適格性があることを証明します。

- 少なくとも28日前にモデルナまたはファイザー製ワクチンの2回目の接種を受けました。かつ
- 私は、
  - 血腫や血液癌の癌治療を受けている、または
  - 臓器移植を受け、現在免疫力を抑制する薬を服用している、または
  - 過去2年以内に造血幹細胞移植を受けた、又は免疫力を抑制する薬を服用している、または
  - 中等度から重度の原発性免疫不全症を持っている（例：ディジョージ症候群、ウィスコット・アルドリッチ症候群）、または
  - 進行性、又は無治療のHIV感染症に罹患している、または
  - 高用量副腎皮質ホルモンやその他の薬によって免疫反応を抑える治療を現在受けている

署名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

3回目のワクチン接種を受けた後も、よくフィットするマスクの着用、物理的距離の確保、混雑した場所や換気の悪い場所を避ける、頻りに手を洗うなどのご自身を守るための予防策を行い続けることが大切です。より高レベルの保護を受けるには、「[二重マスク](#)」（医療マスクの上に布製のマスクを着用する）、又はN95マスクを着用することを考慮しましょう。

詳細は[モデルナ](#)か[ファイザー](#)のワクチン受取人と介護者向けのファクトシートとアメリカ疾病予防管理センターの[中等度から重度の免疫不全患者対象COVID-19ワクチン](#)のウェブページをご覧ください。





# COVID-19ワクチン - 追加接種とブースター接種 追加接種の適格性自己証明書



免疫不全状態の方向け追加接種の証明については、前のページをご覧ください。

## ファイザー製ワクチンのブースター接種に適格性のある方

私は、以下の基準に基づいてワクチンのブースター接種を受ける適格性があることを証明します。

- 私は、6か月以上前にファイザー製COVID-19ワクチンの2回目の接種を受けました。かつ
  - 65歳以上である、または
  - 介護施設に入居している、または
  - 50～64歳であり、社会的、または経済的リスクのために COVID-19 へのリスクが高くなっている、または
  - 18～64歳で、下記のいずれかの基礎疾患がある。
    - がん
    - 慢性腎臓病
    - 慢性肺疾患
    - 認知症またはその他の神経学的疾患
    - 糖尿病（1型または2型）
    - ダウン症候群
    - 心疾患
    - HIV 感染症
    - 免疫不全状態（免疫機能低下）
    - 肝疾患
    - 太りすぎまたは肥満（25 kg / m<sup>2</sup> を超えるボディマス指数（BMI））
    - 妊娠中および最近まで妊娠していた（妊娠終了後少なくとも42日間）鎌状赤血球症またはサラセミア
    - 喫煙者、（現在または過去）
    - 固形臓器または造血幹細胞移植
    - 脳への血流に影響を与える脳卒中または脳血管疾患
    - 薬物中毒
- 18～64歳であり、施設的环境、または以下のひとつを職業とするため、COVID-19曝露と感染のリスクが高くなっている：
  - ファーストレスポnder（医療従事者、消防士、警察、集団養護スタッフ）
  - 教育スタッフ（教師、学校のスタッフ、保育士）
  - 食品を扱う仕事や農業
  - 製造業者
  - 看守
  - 米国郵便局員
  - 公共交通機関労働者
  - スーパーマーケット労働者

署名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

上記に記載されていない疾患がある場合、またはブースター接種のリスクとベネフィットについて質問がある場合は、医師にご相談ください。詳細については、ワクチン接種を受ける方と介護者向けの[ファイザー](#)ファクトシートおよびCDCの[COVID-19ワクチン](#)のウェブページをご覧ください。

プリンターをお持ちでない方は、本証明を手書きで行うことができます。

