

予防接種委任状

私は、このたび子どもの予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することができないので、下記の者に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて、接種医師からの説明を聞いた代理人（同伴者）の同意をもって、保護者の同意といたします。

令和 年 月 日

鹿角市長様

被接種者（お子さま） 氏名

予防接種の種類

ロタ B型肝炎 ヒブ 小児用肺炎球菌
 四種混合 BCG 麻しん風しん混合
 水ぼうそう 日本脳炎 二種混合
 ヒトパピローマウイルス その他（ ）

保護者（委任者） 住所

氏名 印

緊急連絡先

代理人（同伴者） 住所

氏名

被接種者との続柄

- ・ 予防接種は、原則、保護者（父母・養親）の同伴が必要です。事情により保護者以外（被接種者の健康状態をよく知る祖父母等）が同伴される場合には、委任状を保護者が事前にご記入の上、予診票に添えて1回の予防接種につき1枚を医療機関へ提出してください。
- ・ 同じ日に複数のワクチンを接種する場合は、委任状は1枚で構いません。
- ・ 被接種者（お子さま）一人につき、1枚の委任状が必要です。
- ・ 委任状を提出する場合の予診票の記入方法は、裏面をご確認ください。
- ・ この委任状は、予診票とともに鹿角市に提出されます。

【 委任状を提出する場合の予診票の記入方法 】

事情により定期予防接種に保護者以外が同伴する場合、保護者自署は代理人の自署が必要です。下記内容をご参照ください。

なお、上の太枠内の回数や住所等及び、下の太枠内の質問事項も事前に記入の上、委任状とともに医療機関へご提出ください。

予診票記入例

○保護者の氏名
→保護者（父母・養親）の名前を書く

回数	初回（1回目）
住所	
受ける人の氏名	
保護者の氏名	令和 年 月 日 満 歳 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか（病名）	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	

○保護者自署
→「（代理人）」と記入の上、同伴する代理人（祖父母等）が自分の名前を書く

記入例） 保護者自署 （代理人）鹿角 はなよ

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害について理解した上で、接種することに（同意します・同意しません）※かっこのどちらかを○で囲んでください。この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票に提出されることに同意します。
保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. ワクチン有効期限 年 月 日	皮下接種 ml	実施場所 医師名

委任状は、鹿角市すこやか子育て課健康づくり班（鹿角市福祉保健センター内）の窓口を設置している他に、鹿角市のホームページからもダウンロードが可能です。

問い合わせ先：鹿角市すこやか子育て課健康づくり班 0186-30-0119