

## 予防接種 委任状（保護者以外の同伴者用）

私は、下記の者を代理人と定め、医師から予防接種に関する説明を受けること、および子どもが予防接種を受けることについての同意に関する権限を委任します。

接種を受けるお子さまの氏名	
生年月日	
接種予定ワクチン	
代理人氏名（祖父母など）	
代理人とお子さまの続柄	
保護者氏名	
保護者連絡先（電話番号）	

■ アレルギー・副反応について（該当するものにチェックをつけてください）

- 食べ物や薬で強いアレルギー症状（じんましん・呼吸困難など）が出たことがある
- これまでの予防接種で具合が悪くなったことがある
- 医師からアナフィラキシーと言われたことがある
- 上記に該当するものはない

具体的内容（あればご記入ください）： \_\_\_\_\_

記入者氏名： \_\_\_\_\_

お子さまとの関係（保護者・祖父母など）： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

※祖父母など保護者以外の方が同伴する場合にご使用ください。

**※母子手帳を必ずご持参ください**（定期予防接種では接種歴の確認のため母子手帳が必要です）。母子手帳をお持ちでない場合は、原則として予防接種を行うことができません。

※確認のため、医療機関から保護者へご連絡する場合があります。