

定期予防接種実施における保護者以外の同伴について

～ お子さまの予防接種に同伴が困難な保護者の方へ ～

平成 20 年 4 月より、定期の予防接種について、保護者からの委任状にもとづき、保護者以外の方の同伴が認められることになりました。同伴者は、普段からお子さんの健康状態をよく知っている方に限ります。

委任状は、予防接種の当日までに保護者本人が記載し、同伴者が医療機関に持参してください。医師の診察・説明を受けた後、接種に同意する場合は、同伴者が予診票の保護者自署欄（同意欄）に、署名することになります。

■保護者以外の同伴者による予防接種の流れ

保護者の方が事前に『委任状』を入手
* 必要事項を記入します。

↓

同伴者の方は『予診票』『委任状』
『母子手帳』を保護者の方から
受け取ります。

↓

同伴者の方は『予診票』『委任状』
『母子手帳』を持参し、お子さまと
一緒に医療機関へ。

↓

医師の診察・説明を受け、接種に
同意する場合は、同伴者の方が
予診票の所定の欄に署名します。

↓

予防接種実施

■委任状は、事前の記入が必要です。必要な方は、次の場所で入手することができます。

□大田区保健所感染症対策課

及び各地域健康課の窓口

・大田区保健所感染症対策課

大田区蒲田 5-13-14

大田区役所 6 階

電話 (5744) 1263

・大森地域健康課

大田区大森西 1-12-1

大森地域庁舎

電話 (5764) 0661

・調布地域健康課

大田区雪谷大塚町 4-6

調布地域庁舎

電話 (3726) 4145

・蒲田地域健康課

大田区蒲田本町 2-1-1

蒲田地域庁舎

電話 (5713) 1701

・糎谷・羽田地域健康課

大田区東糎谷 1-21-15

糎谷・羽田地域庁舎

電話 (3743) 4161

□大田区内の定期予防接種実施医療機関

委任状

代理人（同伴者）

住 所 _____

氏 名 _____

私は、今回の予防接種についての区のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。

委任する日（接種する日以前の1か月以内） 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任する人（保護者）

住 所 _____

氏 名（署名は必ず自筆でお書きください。） _____

連絡先電話番号 _____（ _____ ） _____