

予防接種委任状

【代理人】

氏名 _____

被接種者との続柄 _____

住所（保護者と同一
の場合は省略可） _____

私は、子どもが予防接種を受けるに当たり、諸事情により同伴することができないため、上記のものに予防接種に関する一切の権限を委任致します。

また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応、健康被害救済のしくみなどについて、接種医師からの説明を聞いた代理人（同伴する人）の同意をもって、保護者の同意と致します。

予防接種の種類 _____

被接種者氏名 _____

年 月 日

【委任者（保護者）】

委任者（保護者）氏名 _____ 印 （自署または記名・押印）

委任者（保護者）住所 _____

緊急連絡先 _____

※未成年者への予防接種は、原則、保護者（父母・養親）の同伴が必要です。

※事情により保護者が同伴できない場合には、この委任状を記入し（保護者が記入）予診票に添えて提出して下さい（祖父母等保護者でない親族が同伴の場合にも本状が必要です）。

※予診票にも保護者の署名が必要です。

※各予防接種の効果や目的などについての概要は、別紙の説明用紙をご覧ください。

※健康被害の救済制度について、予防接種に当たっての注意事項については別紙をご覧ください。

■予防接種による健康被害の救済制度について

○定期の予防接種によって生じた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます（予防接種健康被害救済制度）。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた 金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

○定期外（任意）の予防接種によって生じた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、医薬品副作用被害救済制度による給付を申請することができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

■接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

1. 明らかに発熱（通常 37.5℃ 以上をいいます）がある場合
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
3. 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在妊娠している方の場合、接種することができない場合がありますので、医師とよくご相談ください。