

委任状

20 年 月 日

医療法人社団めぐみ会
田村クリニック 2 院長殿

【委任者】

住所

氏名（自署）

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

電話番号

※緊急時連絡先

（受療者との関係：家族・続柄（ ））

受療者名： 生年月日：平成・令和 年 月 日) の

貴院での診療に係る下記事項について委任致します。併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意致します。

記

委任する内容

- | |
|------------------------------|
| ① 予防接種を受ける患者様の保護者に代わる付き添い |
| ② 副反応等の発症時の緊急対応の同意 |
| ③ 診察を受ける患者様の保護者に代わる付き添い |
| ④ 診察に伴う必要な処方、処置、検査等の実施に関する同意 |
| ⑤ 急変時等の緊急処置の同意 |

【受任者】

住所

氏名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

電話番号

委任者との関係

（注）本書の有効期間は発行日より3ヶ月以内とする。

以上

記載方法については、裏面をご参照ください。

《記入例及び注意事項》

この日をもって有効期限の起算日となりますので必ずご記入ください
(有効期限は発効日より3ヶ月以内とする)

委任者 原則として親権者

委任状

医療法人社団めぐみ会
田村クリニック2 院長殿

【委任者】
住所
氏名(自署)
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号
※緊急時連絡先

(受療者との関係: 家族・続柄 ())
受療者名: (生年月日: 平成 年 月 日) の
貴院での診療に係る下記事項について委任致します。併せて係る診療情報を受
任者へ開示することに同意致します。

記

委任する内容
① 予防接種を受ける患者様の保護者に代わる付き添い
② 副反応等の発症時の緊急対応の同意
③ 診療を受ける患者様の保護者に代わる付き添い
④ 診療に伴う必要な処方、処置、検査等の実施に関する同意
⑤ 急変時等の緊急処置の同意

【受任者】
住所
氏名
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号

委任者との関係
(注) 本書の有効期間は発行日より3ヶ月以内とする。以上
記載方法については、裏面をご参照ください。

受療者
受診する患者様
氏名を記載

右上の日付となります

《注意事項》

- ・委任者、受療者、受任者の記載がない場合は受付出来ません。
(1つでも記載がない場合は不可となります)
- ・受付時、受任者の身分証明等を確認させていただきます(免許証・保険証等)
- ・【受任者】に記載されている方以外の方がいらした場合は受付できません。
- ・記載の不備等があった場合には、必要に応じて委任者へ電話等で確認させて頂くことがあります。