

医療機関保管用

遺伝学的検査への同意文書

\_\_\_\_\_ (主治医または医療機関の長) 殿

私は \_\_\_\_\_ の遺伝学的検査について説明を受け、以下の点について十分理解しました。その上で、遺伝学的検査を受けることに同意します。

- (1) 検査は自らの意思で同意したものであり、いつでも自由に撤回できること
- (2) 検査によってもたらされる利益不利益、検査の感度/限界
- (3) 個人情報の保護
- (4) 検査を、国立研究開発法人国立成育医療研究センター衛生検査センターに委託すること
- (5) 検査費用の負担について
- (6) 必要に応じて遺伝カウンセリングを受けられること
- (7) 検査から得られる統計情報の公開について

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査を受ける方の氏名： \_\_\_\_\_  
(署名\*)

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
(署名)

説明を行った担当医の氏名： \_\_\_\_\_  
所属・職名： \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_  
(署名)

\* 未成年者など、自由意志に基づいて決定を行うことが困難な場合は、代諾者の署名が必要。

\*\*本書式は2枚必要です。1枚は医療機関保管用です。もう1枚は患者さんにお渡しく下さい。この同意書を検体に添付したり、国立成育医療研究センター衛生検査センターに送付する必要はありません。

患者さん保管用

遺伝学的検査への同意文書

\_\_\_\_\_ (主治医または医療機関の長) 殿

私は \_\_\_\_\_ の遺伝学的検査について説明を受け、以下の点について十分理解しました。その上で、遺伝学的検査を受けることに同意します。

- (1) 検査は自らの意思で同意したものであり、いつでも自由に撤回できること
- (2) 検査によってもたらされる利益不利益、検査の感度/限界
- (3) 個人情報の保護
- (4) 検査を、国立研究開発法人国立成育医療研究センター衛生検査センターに委託すること
- (5) 検査費用の負担について
- (6) 必要に応じて遺伝カウンセリングを受けられること
- (7) 検査から得られる統計情報の公開について

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査を受ける方の氏名： \_\_\_\_\_  
(署名\*)

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
(署名)

説明を行った担当医の氏名： \_\_\_\_\_  
所属・職名： \_\_\_\_\_  
氏 名： \_\_\_\_\_  
(署名)

\* 未成年者など、自由意志に基づいて決定を行うことが困難な場合は、代諾者の署名が必要。

\*\*本書式は2枚必要です。1枚は医療機関保管用です。もう1枚は患者さんにお渡しくください。この同意書を検体に添付したり、国立成育医療研究センター衛生検査センターに送付する必要はありません。