

非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）に関する同意書

医療法人社団純心会 パルモア病院 病院長 殿

私は、「非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）」について、以下の項目について十分説明を受けました。
※下記の項目の中で理解できたものに✓チェックして下さい。

- ☐ NIPT の概要
- ☐ 染色体とは
- ☐ NIPT でわかること・わからないこと
- ☐ 母体年齢とトリソミー児の出生頻度の関係
- ☐ 私たちの多様性と先天性疾患
- ☐ 検査対象となる疾患の特徴
- ☐ 検査を受ける前に、もう一度確認いただきたいこと
- ☐ 自費診療であること、費用について
- ☐ NIPT に関する遺伝カウンセリングの実施、検査結果に関するデータは個人情報を
含まない形で当運営委員会に定期的に報告されること
- ☐ 検査を受け陽性または判定保留となった場合は、兵庫県立こども病院で遺伝カウンセリングを
受け適切な対応を行うこと

上記のすべての事項について担当医師から説明を受けよく理解しましたので、本検査を受諾することに
いたします。

_____ 年 月 日

患者本人署名：_____

パートナー／配偶者署名：_____

説明担当医署名：_____