

# 非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）同意書

三重県立総合医療センター 院長 様

私はこのたび貴院において検査を受けるにあたり、医師から以下について説明を受け、了解いたしましたのでその実施に同意します。

- 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
- 費用は、121,000 円(税込み)である

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

署名欄

妊婦名 \_\_\_\_\_ (自署)

(代理者名の場合、患者との関係： \_\_\_\_\_)

※代理者は家族、親族、未成年の場合の保護者、法定代理人等を言います。

パートナー/配偶者名 \_\_\_\_\_ (自署)

同席者 (いずれかに○)

無し・有り → 氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

妊婦との関係 ( \_\_\_\_\_)

説明日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

説明者 (医師) \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は押印不要)

同席者 (病院方) 無し・有り → \_\_\_\_\_ 印