

非侵襲性出生前遺伝学的検査 (NIPT) 同意書 患者さま控え

木下レディースクリニック 院長 殿

同 意 内 容

以下にチェックをしてください

1. 検査の目的

- 13、18、21 番染色体のトリソミーの可能性を調べる検査です。性別は分かりません。
- 先天性疾患の全てが分かる訳ではありません。

2. 検査の概要

- 検査結果は陰性／陽性／判定保留 のいずれかです。
- 偽陽性・偽陰性の可能性がある非確定的検査です。
- 検査が陽性の場合、羊水検査での確定診断が必要です。
- 検査前の遺伝カウンセリングが必須です。必要な情報提供を行ったうえで、出生前検査を受けるかどうかについてご夫婦の自律的な決定を尊重します。
- 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出生前検査認証制度等運営委員会に定期的に報告されます。
- 自費診療の検査です。

3. 検査の費用

187,000 円 (税込)

* 検査結果が陽性の場合、羊水検査が必要です (追加費用はかかりません)。

西暦 年 月 日

本人

診察券番号 : _____ 氏名 _____

夫またはパートナー

診察券番号 : _____ 氏名 _____

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____

非侵襲性出生前遺伝学的検査 (NIPT) 同意書 提出用

木下レディースクリニック 院長 殿

同 意 内 容

以下にチェックをしてください

1. 検査の目的

- 13、18、21 番染色体のトリソミーの可能性を調べる検査です。性別は分かりません。
- 先天性疾患の全てが分かる訳ではありません。

2. 検査の概要

- 検査結果は陰性／陽性／判定保留 のいずれかです。
- 偽陽性・偽陰性の可能性がある非確定的検査です。
- 検査が陽性の場合、羊水検査での確定診断が必要です。
- 検査前の遺伝カウンセリングが必須です。必要な情報提供を行ったうえで、出生前検査をうけるかどうかについてご夫婦の自律的な決定を尊重します。
- 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出生前検査認証制度等運営委員会に定期的に報告されます。
- 自費診療の検査です。

3. 検査の費用

187,000 円 (税込)

* 検査結果が陽性の場合、羊水検査が必要です (追加費用はかかりません)。

西暦 年 月 日

本人

診察券番号 : _____ 氏名 _____

夫またはパートナー

診察券番号 : _____ 氏名 _____

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____

必ず連絡の取れる連絡先 (奥さまの携帯番号など)

氏名 _____ 電話番号 _____