

同意書

アイ・レディスクリニック 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説明を受け、十分理解をしました。従って、本検査を受けることに同意します。

※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。

- 検査の目的
- 検査の対象
- 検査結果の報告
- 検査の限界
- 検査の方法
- 血液検体の取り扱いについて
- 個人情報の取り扱いについて
- 検査受検の自由と同意撤回の自由
- 費用負担について
- 問い合わせ先

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：_____

配偶者署名：_____

説明担当医署名 _____