

※この検査依頼書は、検体に同封してください。

※最初に以下の注意事項を必ずお読みいただき、内容をご了承の上ご依頼ください

- ◇NIPT検査は非確定検査です
- ◇検査は10週0日から可能です
- ◇常服薬がある場合、必ずご申告ください
- ◇異数性(陽性)結果の場合、診断は確定されないの、羊水検査や絨毛検査などの確定検査を受ける必要があります
- ◇検査結果は基本的にメールにてご報告いたします
- ◇医療給付対象外の検査ですので、医療費控除の対象とはなりません
- ◇疾患履歴がある場合、必ずご申告ください

バーコードNo.											
ローマ字											
氏名	氏					名					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	来院日(採血日)	西暦	年	月	日
出産予定日	西暦	年	月	日	胎児人数	人	週数	週 日			
エコー検査の異常	なし・あり・未検査		クワトロ検査の異常	なし・あり・未検査			体外受精による妊娠	いいえ・はい(1個・2個・3個)			
出産予定日の判断方法	最終月経から・体外受精の胚移植日から・エコー検査の結果から・その他( )						妊娠回数	回目	出産人数	人	
今までの妊娠、出産での異常(流産も含む)	なし・あり( )										
常用薬	服用中止・服用中						身長	cm	体重	kg	
疾患	癌・自己免疫疾患は必ず記載してください 治療中・完治										
幹細胞治療・臓器移植の有無	なし・あり		胎児から見て4親等以内に遺伝子疾患の親族				なし・あり( )				
体質異常	なし・あり( )						輸血歴	あり( 年 月頃)・なし			

医療施設情報	医療施設名		
	担当医師名		
	連絡先	電話	FAX

※チェックをいれてください。

検査項目	プラン名	検査詳細	希望プラン	性別不要	あてはまる項目に <input type="checkbox"/> 母親の年齢が35歳以上 <input type="checkbox"/> 血清スクリーン検査による異常所見あり <input type="checkbox"/> 超音波検査により異常所見あり (NT ) <input type="checkbox"/> 染色体異数性所見あり (内容 ) <input type="checkbox"/> 母体の疾患など(上記に詳細記載) <input type="checkbox"/> その他
	A	13,18,21番+性染色体(性別判定あり)			

依頼書・検体送付先: 東京衛生検査所  
〒174-0063 東京都板橋区前野町 1-16-4

検査会社 使用欄	検体受渡担当者	検体出荷担当者

## NIPT 検査同意書

私は、株式会社 HUMEDIT の提供する NIPT（非侵襲的出生前遺伝学的検査）について、下記の項目について十分理解し NIPT 検査（以下、本検査）の受検に同意します。

各項目をご確認いただき、□にチェックをご記入ください。

- 1.本検査は確定診断ではなく非確定検査（スクリーニング検査）であることをご理解ください。確定診断は、羊水検査や絨毛検査などの検査を行う必要があります。
- 2.本検査は全ての染色体異常を検査できるものではなく、決められた項目以外の検査はできません。
- 3.採血した血液中の DNA 量が不足、再採血となる場合があります。
- 4.稀に母体または胎児が原因(※1)で判定不能になる場合があります。この場合返金はいたしかねます。
- 5.自然災害、輸送トラブルにより検査が行えなくなる可能性があります。
- 6.あらかじめ指定した検査機関での検査の実施が自然災害及びその他の理由により困難な場合、やむを得ず検査機関を変更する場合があります。
- 7.上記 3～5 に該当し再採血が必要となった場合、無料（1 回まで）にて再採血・再検査を行いますが、再採血時期の妊娠週数によっては、確定検査の推奨期間を過ぎてしまう可能性があります。  
※再採血時の検査以外の費用（交通費・宿泊費等）は再採血内容範囲には含まれません。
- 8.検査結果が陽性の場合、日本国内の医療機関に限り羊水検査費用を弊協会でご負担いたします。  
※羊水検査以外の費用（交通費・宿泊費・診察料・ベッド代・薬代等）は費用負担内容範囲には含まれません。  
※羊水検査費用の負担は、領収証・明細書をご提出いただき、後日お振込みにてお支払いいたします。  
※羊水検査の紹介は行っておりません。
- 9.裏面の個人情報の取扱いについて確認しました。

※1 母体が BMI35 以上、一部の脂質代謝異常症、子宮筋腫、4 カ月以内の輸血、臓器移植、外科手術、免疫療法、幹細胞療法、悪性腫瘍、染色体モザイク現象、胎盤限局性染色体モザイク現象、子宮内胎児死亡、双胎一児死亡等の場合、母体・胎児に由来する原因による影響を受け、ごく稀に判定不能または結果の解釈が困難になる可能性があります。

同意日 西暦 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

結果送付先メールアドレス： \_\_\_\_\_

## 個人情報の取扱いについて

当協会では、本検査における個人情報の取得は、当協会の個人情報保護方針に基づき安全管理を厳守し、個人情報の適切な取り扱いを徹底してまいります。お申し込みの際には、本個人情報の取扱いの内容にご同意いただいたものとみなしますので、お申込みの前に必ずご一読ください。

### 1. 個人情報の利用目的

- (1) 検査予約、資材作成等の事前準備、検査実施、結果報告、WEB 結果通知、結果履歴のデータ管理
- (2) 検査料等の経理事務
- (3) 問合わせ対応

### 2. 個人情報の第三者提供

本人の同意がある場合または法令に基づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することはありません。

### 3. 個人情報の取扱いの委託について

取得した個人情報の取扱いの全部または一部を委託する場合があります。委託先については、個人情報取扱いに関する契約を締結するなど、適切な管理を行います。