

代謝異常症依頼検査について

この検査は、一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが実施している専門的な検査で、保護者の方には検査の必要性などをご理解いただいた上で、当院から検査を依頼しています。

検査の目的	新生児マススクリーニングの対象疾患となる先天性代謝異常症について、診断の補助または疾患の有無を確認するための検査です。
検査の内容と意義	この検査では、少量の血液や尿を採取し、それぞれの疾患に関連する物質（血中または尿中のアミノ酸や有機酸、アシルカルニチンなど）を測定することで、診断のための有用なデータが得られます。また、必要に応じて、検査結果と臨床データを合わせて専門のコンサルタント医に確認してもらい、結果についてのご意見をいただいています。
検査の費用	検査は無料で受けられます。ただし、採血などに必要な費用は自己負担となります。

検査にあたり、以下についてご協力をお願いします。

※検査終了後の検体の利用について

この検査のために採取された血液や尿は、検査終了後、下記の承諾書の「検査終了後の検体について」でご了承いただいた場合に限り、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための調査研究に使用します。

なお、「検査結果」「検査終了後の検体を利用した疫学的研究や検査法の改良」について、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが、学会や論文で発表することがありますが、その際、氏名等の個人情報を公表することはありません。

代謝異常症依頼検査の承諾書

(あて先) 一般財団法人北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

代謝異常症依頼検査について説明を受け、その内容について理解しましたので、検査を受けることを承諾します。

保護者署名： _____ 署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※検査終了後の検体について

検査終了後、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための用いられることについて、以下のどちらかを○で囲んでください。

(了承します ・ 了承しません)

[説明者(医師)署名： _____]

※本検査についての説明と同意の確認のため、承諾書を北海道薬剤師会公衆衛生検査センターへ郵送します。

代謝異常症依頼検査について

この検査は、一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが実施している専門的な検査で、保護者の方には検査の必要性などをご理解いただいた上で、当院から検査を依頼しています。

検査の目的	新生児マススクリーニングの対象疾患となる先天性代謝異常症について、診断の補助または疾患の有無を確認するための検査です。
検査の内容と意義	この検査では、少量の血液や尿を採取し、それぞれの疾患に関連する物質（血中または尿中のアミノ酸や有機酸、アシルカルニチンなど）を測定することで、診断のための有用なデータが得られます。また、必要に応じて、検査結果と臨床データを合わせて専門のコンサルタント医に確認してもらい、結果についてのご意見をいただいています。
検査の費用	検査は無料で受けられます。ただし、採血などに必要な費用は自己負担となります。

検査にあたり、以下についてご協力をお願いします。

※検査終了後の検体の利用について

この検査のために採取された血液や尿は、検査終了後、下記の承諾書の「検査終了後の検体について」でご了承いただいた場合に限り、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための調査研究に使用します。

なお、「検査結果」「検査終了後の検体を利用した疫学的研究や検査法の改良」について、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが、学会や論文で発表することがありますが、その際、氏名等の個人情報を公表することはありません。

代謝異常症依頼検査の承諾書

(あて先) 一般財団法人北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

代謝異常症依頼検査について説明を受け、その内容について理解しましたので、検査を受けることを承諾します。

保護者署名： _____ 署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※検査終了後の検体について

検査終了後、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための用いられることについて、以下のどちらかを○で囲んでください。

(了承します ・ 了承しません)

[説明者(医師)署名： _____]

※本検査についての説明と同意の確認のため、承諾書を北海道薬剤師会公衆衛生検査センターへ郵送します。

代謝異常症依頼検査について

この検査は、一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが実施している専門的な検査で、保護者の方には検査の必要性などをご理解いただいた上で、当院から検査を依頼しています。

検査の目的	新生児マススクリーニングの対象疾患となる先天性代謝異常症について、診断の補助または疾患の有無を確認するための検査です。
検査の内容と意義	この検査では、少量の血液や尿を採取し、それぞれの疾患に関連する物質（血中または尿中のアミノ酸や有機酸、アシルカルニチンなど）を測定することで、診断のための有用なデータが得られます。また、必要に応じて、検査結果と臨床データを合わせて専門のコンサルタント医に確認してもらい、結果についてのご意見をいただいています。
検査の費用	検査は無料で受けられます。ただし、採血などに必要な費用は自己負担となります。

検査にあたり、以下についてご協力をお願いします。

※検査終了後の検体の利用について

この検査のために採取された血液や尿は、検査終了後、下記の承諾書の「検査終了後の検体について」でご了承いただいた場合に限り、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための調査研究に使用します。

なお、「検査結果」「検査終了後の検体を利用した疫学的研究や検査法の改良」について、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターが、学会や論文で発表することがありますが、その際、氏名等の個人情報を公表することはありません。

代謝異常症依頼検査の承諾書

(あて先) 一般財団法人北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

代謝異常症依頼検査について説明を受け、その内容について理解しましたので、検査を受けることを承諾します。

保護者署名： _____ 署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※検査終了後の検体について

検査終了後、北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで最長5年間保管し、疫学的研究や検査法の改良・開発のための用いられることについて、以下のどちらかを○で囲んでください。

(了承します ・ 了承しません)

[説明者(医師)署名： _____]

※本検査についての説明と同意の確認のため、承諾書を北海道薬剤師会公衆衛生検査センターへ郵送します。