

# 同意書

医療法人社団 隆清会 花小金井レディースクリニック  
院長 長島 隆 殿

私は NIPT 検査に関する事項について口頭および文書による十分な説明を受け  
了解しましたので、本検査を受けることに同意いたします。

- \* 検査開始前にいつでも自由に同意を取り消すことができます。
- \* 個人情報(お名前等)は厳重に管理され、いかなる場合も外部に漏れることはありません。
- \* NIPTに関する遺伝カウンセリングの実施、検査に関するデータは、個人情報を含まない形で  
出生前検査承認制度等運営委員会に定期的に報告されます。

令和 年 月 日 (日付は記入日をお願いします)

住所 (〒 - ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

妊婦本人署名 : \_\_\_\_\_ 印

配偶者署名 : \_\_\_\_\_ 印

(署名は自筆でお願いします)

- \* この同意書は検査を行う際に必要になります。
- \* 提出がない場合は受けていただくことができないためご注意ください。

----- (医師記入欄) -----

説明日 : 令和 年 月 日

医療法人社団 隆清会 花小金井レディースクリニック

\_\_\_\_\_ 印

〒187-0003 東京都小平市花小金井南町1-1 9-3 SORA 1階  
電話 : 042-497-5218