

非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）についての説明・同意書

当院は、出生前検査認証制度等運営委員会により認定された、基幹病院である東海大学医学部附属病院の連携施設です。

○NIPT は胎児が染色体異常をもっている可能性を調べるための検査です。

検査対象は、21 トリソミー、13 トリソミー、18 トリソミーです。他の先天性疾患や性別は含まれません。

○NIPT 検査の概要

- ・妊娠 9 週以降に妊婦の血液中に浮遊している、胎児・胎盤に由来する DNA の断片 (cfDNA) を分析して、胎児の染色体を調べます。
- ・検査結果は「陽性」、「陰性」、または「判定保留」と報告されます。
- ・NIPT は非確定検査です。検査結果が「陽性」の場合、再度、当院臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングの後、確定検査として羊水検査を受けて頂く必要があります。
- また、「判定保留」の場合には、遺伝カウンセリングの後、再検査もしくは羊水検査を受けていただきます。
- ・この検査は自費診療です。検査費用が 108,000 円、検査前カウンセリング料が 10,000 円、結果カウンセリング料が 7,000 円です（全て消費税別）。合計 125,000 円、消費税込みで 137,500 円です。

実施予定日 年 月 日

説明医師 印

説明日 年 月 日

平塚市民病院病院長

私は上記内容の説明を受け、質問する機会も得ました。その結果

- ☐ 説明された内容を理解し納得しましたので同意します。
- ☐ 説明された内容を理解しましたが、この検査には同意しません。
- ☐ 他院でのセカンドオピニオンを含め、さらなる説明を希望します。
- （どれか 1 つにチェックを入れて下さい）

年 月 日

本人氏名 (自署)

パートナー氏名 (自署) 続柄 ()