

血色素異常症検査依頼書 ダウンロード用

医療機関名

殿

※太線枠内を必ずご記入ください。ご記入後、コピーをとって貴院控えとして残してください。
 ※被検者名は匿名化をお願い致します。匿名符号はカナおよび英数字 17桁以内でご記入ください。
 ※匿名符号は貴施設で管理できる符号 (ID番号等) をお願い致します。
 ※報告書の氏名は「匿名符号」でご報告致します。
 ※ご提出される検体にもID番号と生年月日のご記入をお願いします。(貴施設のラベルに既に記載がある場合を除く)

匿名符号																					
担当医師名								生年月日					年				月				日
ID番号								男		・		女									
★弊社管理番号								才		1才未満の場合		(ヶ月)									

提出日	年	月	日
採取日	年	月	日
採取時間	時	分	

弊社使用欄

科名		入・外		階数		病棟	
----	--	-----	--	----	--	----	--

医療機関住所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当医師のメールアドレス			

報告書送付先	〒
請求書送付先	〒

本依頼書に記載された情報は検査目的及び結果報告・請求目的以外には使用しません。
 検査に当たり、被検者への十分なご説明をいただき、被検者ご自身の承諾が文書で得られた場合にのみ検査の受託をさせていただきます。
 依頼書の被検者名はプライバシー保護のため匿名化をお願いいたします。また、検査前後の被検者への十分なカウンセリングも合わせてお願い致します。同意書について同意をいただけない項目がありましたらその旨を必ず特記事項欄にご記入ください。
 専門医師による検査結果の判定に当たり重要な情報となりますので下記の患者様情報欄へのご記入を必ずお願い致します。

臨床診断名	<input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 确实	出身国又は人種 (外国人の場合)
現病歴		
特記事項 (家族歴, 既往歴等)		

本検査は、血色素 (ヘモグロビン) 異常症が疑われる場合の検査です。生化学検査、血液一般検査、スクリーニング検査、遺伝子検査の流れで検査し、専門医師 (山口大学名誉教授 服部幸夫先生) による分析と判定を行います。遺伝子検査の内容は α-globin 遺伝子の GAP-PCR による広範囲欠失解析 (SEA型、FIL型、-3.7型) と anti3.7型解析および β-globin, α-globin 遺伝子の疾患に関連する主要な領域のシーケンシングによる変異解析です。患者様によって遺伝子検査の数量は変動致します。

私は、本検査の実施に際し、被検者 (または代諾者) に事前に十分な説明を行うと共に、自由意思に基づく文書による同意 (インフォームド・コンセント) を取得しました。また、当検査・分析およびその研究的側面の説明について理解し承諾します。

なお、遺伝学的検査については、厚生労働省のガイドライン等に従い確実に遺伝カウンセリングを行ない、結果の説明についても十分に行うことを保証します。

年 月 日 担当医師名 (自署) _____

年 月 日 カウンセリング担当者名 (自署) _____