

## マスキリーニング関連疾患依頼検査について

この検査は、札幌市衛生研究所が実施している専門的な検査で、保護者の方に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** 先天性代謝異常症、内分泌疾患（先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症）などのマスキリーニング関連疾患について、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、甲状腺刺激ホルモン、甲状腺ホルモン、ステロイドなど）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。

### 1 追跡調査について

本検査について、当院は検査の有用性を評価するための追跡調査に協力しています。追跡調査は、検査の結果、異常所見が認められた方を対象として、検査の1年後をめどに、下記の承諾書における追跡調査への同意に基づき、検査実施機関である札幌市衛生研究所が医療機関に対して行う調査で、担当医が回答するアンケート方式で行われます。アンケートでは「この検査が治療に十分に活用されたかどうか」について担当医が記入するほか、その後の患者さんの臨床経過や確定診断名について回答します。調査に回答するのは担当医ですので、患者さん本人とご家族のご負担になることはありません。

### 2 検査終了後の検体などの利用について

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」で了承いただいた場合に限り、札幌市衛生研究所で最長10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。調査研究にあたっては、その都度、札幌市衛生研究所倫理審査委員会の承認を得た上で行います。

なお、「検査結果」「追跡調査の集計結果」「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、札幌市衛生研究所が、学会や論文で発表することがありますが、その際、氏名等の個人情報公表することはありません。

## マスキリーニング関連疾患依頼検査 承諾書

(あて先) 札幌市衛生研究所長

「マスキリーニング関連疾患依頼検査」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

以下の項目について、どちらかを○で囲んでください。

#### 1 追跡調査について

追跡調査の対象となることに (  同意します ・  同意しません )

#### 2 検査終了後の検体について

検査終了後、札幌市衛生研究所で検体を10年間保管し、疫学的研究や検査法の改良に用いられることを (  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、承諾書を札幌市衛生研究所へ郵送します。

## マスクリーニング関連疾患依頼検査について

この検査は、札幌市衛生研究所が実施している専門的な検査で、保護者の方に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

先天性代謝異常症、内分泌疾患（先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症）などのマスクリーニング関連疾患について、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、甲状腺刺激ホルモン、甲状腺ホルモン、ステロイドなど）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。

#### 1 追跡調査について

本検査について、当院は検査の有用性を評価するための追跡調査に協力しています。追跡調査は、検査の結果、異常所見が認められた方を対象として、検査の1年後をめどに、下記の承諾書における追跡調査への同意に基づき、検査実施機関である札幌市衛生研究所が医療機関に対して行う調査で、担当医が回答するアンケート方式で行われます。アンケートでは「この検査が治療に十分に活用されたかどうか」について担当医が記入するほか、その後の患者さんの臨床経過や確定診断名について回答します。調査に回答するのは担当医ですので、患者さん本人とご家族のご負担になることはありません。

#### 2 検査終了後の検体などの利用について

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」で了承いただいた場合に限り、札幌市衛生研究所で最長10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。調査研究にあたっては、その都度、札幌市衛生研究所倫理審査委員会の承認を得た上で行います。

なお、「検査結果」「追跡調査の集計結果」「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、札幌市衛生研究所が、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。

マスクリーニング関連疾患依頼検査

## 承諾書

(あて先) 札幌市衛生研究所長

「マスクリーニング関連疾患依頼検査」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

以下の項目について、どちらかを○で囲んでください。

#### 1 追跡調査について

追跡調査の対象となることに (  同意します      ・  同意しません )

#### 2 検査終了後の検体について

検査終了後、札幌市衛生研究所で検体を10年間保管し、疫学的研究や検査法の改良に用いられることを (  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、承諾書を札幌市衛生研究所へ郵送します。

# マスクリーニング関連疾患依頼検査について

この検査は、札幌市衛生研究所が実施している専門的な検査で、保護者の方に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** 先天性代謝異常症、内分泌疾患（先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症）などのマスクリーニング関連疾患について、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、甲状腺刺激ホルモン、甲状腺ホルモン、ステロイドなど）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。

## 1 追跡調査について

本検査について、当院は検査の有用性を評価するための追跡調査に協力しています。追跡調査は、検査の結果、異常所見が認められた方を対象として、検査の1年後をめどに、下記の承諾書における追跡調査への同意に基づき、検査実施機関である札幌市衛生研究所が医療機関に対して行う調査で、担当医が回答するアンケート方式で行われます。アンケートでは「この検査が治療に十分に活用されたかどうか」について担当医が記入するほか、その後の患者さんの臨床経過や確定診断名について回答します。調査に回答するのは担当医ですので、患者さん本人とご家族のご負担になることはありません。

## 2 検査終了後の検体などの利用について

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」で了承いただいた場合に限り、札幌市衛生研究所で最長10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。調査研究にあたっては、その都度、札幌市衛生研究所倫理審査委員会の承認を得た上で行います。

なお、「検査結果」「追跡調査の集計結果」「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、札幌市衛生研究所が、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。

## マスクリーニング関連疾患依頼検査 承諾書

(あて先) 札幌市衛生研究所長

「マスクリーニング関連疾患依頼検査」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

以下の項目について、どちらかを○で囲んでください。

### 1 追跡調査について

追跡調査の対象となることに (  同意します ・  同意しません )

### 2 検査終了後の検体について

検査終了後、札幌市衛生研究所で検体を10年間保管し、疫学的研究や検査法の改良に用いられることを (  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、承諾書を札幌市衛生研究所へ郵送します。