

# 新生児マススクリーニングのお申し込みにあたって…

検査を申し込む際は、パンフレットと以下の説明をお読みになり、次ページの「新生児マススクリーニング申込書」に必要事項を記入し、医療機関に提出してください。

## 1 追跡調査の実施について

札幌市では、新生児マススクリーニングの有効性を評価するために、患者が確実に発見されて適切に治療されているかどうかを調べる追跡調査を行っています。追跡調査は、患者の情報を収集することにより、検査で発見した患者の治療成績を把握します。さらに、検査で発見できなかった患者がいなかいかどうか合わせて調査します。

## 2 個人情報の保護について

新生児マススクリーニングの実施や追跡調査などで得られる個人情報は「札幌市個人情報保護条例」や「札幌市情報セキュリティポリシー」に従って厳重に管理しています。

また、検査の実施や追跡調査などで得られた成果は、学会や論文で報告したり広報誌やホームページで紹介することがありますが、赤ちゃんの名前などの個人情報を公表することはなく、ご本人とご家族のプライバシーは厳密に守ります。

## 3 新生児マススクリーニング終了後の検体の扱いについて

検査終了後の検体は、検査法の改良や他の病気の検査法の開発等の貴重な試料となります。札幌市では、検査終了後の検体を使用して調査研究を行う場合は、その都度、研究の妥当性、研究方法や検体の取扱いの適正性などについて札幌市衛生研究所倫理審査委員会で審査して承認を受けることにしています。また、審査内容については札幌市のホームページで公開しています。

保護者の皆様には、申込書にご記入の際、検査終了後の検体の利用についてご了承くださいようお願い申し上げます。なお、了承をいただいた検体は、10年間保存することとしています。

また、一度了承していただいた場合でも、いつでも自由意思に基づいて撤回することができます。了承を撤回される場合は、裏面の撤回書に署名の上、該当部分を切り取って下記の「お問い合わせなどの連絡先」まで郵送して下さい。撤回された場合でも、不利益を被ることはありません。

## 4 新しい分析法による検査について

札幌市では、新生児マススクリーニングの効果を高めるため、タンデムマス法という分析法により、従来より多くの疾患（追加20疾患）について検査を実施しています。この検査は受検者の負担を増やさずことなく実施できるため、新生児マススクリーニングを受ける全ての方にお勧めしています。

追加された疾患には、例えば風邪などを契機に脳症や乳幼児突然死を引き起こす可能性のあるものが含まれていますが、新生児マススクリーニングにより早期に発見することで、発症を予防することができます。しかし、追加された疾患の中には、特に重症な場合十分な治療効果の得られないものや、軽症の場合には検査で発見できないものがあります。また、一部の自治体では、まだタンデムマス法による検査を実施していないところもあります。

新生児マススクリーニング及び新しい分析法による検査について十分ご理解いただいた上で、追加20疾患の検査を受けたくない場合、従来の新生児マススクリーニングで対象となっていた疾患の検査のみを受検していただくことが可能です。追加20疾患の検査を希望されない場合には、下記の「お問い合わせなどの連絡先」へお電話にてご連絡下さい。

### お問い合わせなどの連絡先

札幌市衛生研究所 保健科学課 母子スクリーニング検査係

〒003-8505 札幌市白石区菊水9条1丁目

Tel. 011-841-7672

## 撤回書の提出先

〒003-8505 札幌市白石区菊水9条1丁目  
札幌市衛生研究所 保健科学課 母子スクリーニング検査係  
(Tel. 011-841-7672)

## 撤回書

(あて先) 札幌市長 平成 年 月 日

私は 新生児マススクリーニングの使用済み検体の研究利用を  
平成 年 月 日に了承しましたが、これを撤回します。

お子様氏名 ( 年 月 日生まれ )

保護者署名 ( 続柄 )

住 所

# 新生児マススクリーニング申込書

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市長

パンフレットと前ページの説明を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

●保護者署名 \_\_\_\_\_ ( 続柄 \_\_\_\_\_ )

●連絡先住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

●電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

●赤ちゃんの生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●医療機関名 \_\_\_\_\_

◎新生児マススクリーニングを終えた血液検体の他の研究等への利用について

検査終了後、札幌市衛生研究所で血液検体を 10 年間保管し、検査法の改良や、他の病気の検査法の開発に用いられることを

了承します

了承しません

( どちらかを○で囲んでください )

※個人情報の保護には十分に配慮しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合であっても、不利益を被ることはありません。

# 新生児マススクリーニング申込書

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市長

パンフレットと前ページの説明を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

●保護者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

●連絡先住所 〒 \_\_\_\_\_

●電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

●赤ちゃんの生年月日 平成 年 月 日

●医療機関名 \_\_\_\_\_

◎新生児マススクリーニングを終えた血液検体の他の研究等への利用について

検査終了後、札幌市衛生研究所で血液検体を 10 年間保管し、検査法の改良や、他の病気の検査法の開発に用いられることを

了承します

了承しません

(どちらかを○で囲んでください)

※個人情報の保護には十分に配慮しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合であっても、不利益を被ることはありません。

# 新生児マススクリーニング申込書

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市長

パンフレットと前ページの説明を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

●保護者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

●連絡先住所 〒 \_\_\_\_\_

●電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

●赤ちゃんの生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●医療機関名 \_\_\_\_\_

◎新生児マススクリーニングを終えた血液検体の他の研究等への利用について

検査終了後、札幌市衛生研究所で血液検体を 10 年間保管し、検査法の改良や、他の病気の検査法の開発に用いられることを

了承します

了承しません

(どちらかを○で囲んでください)

※個人情報の保護には十分に配慮しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合であっても、不利益を被ることはありません。