(確認書様式M1)

**重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関しての動画視聴に関する確認書**

**申請希望のご夫婦記入用**

**遺伝カウンセリングを受ける前の確認事項**

重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関しての動画をご覧いただいた後で、下記のチェックボックスの項目を確認してチェックして下さい。

* 重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関しての動画を視聴しました。
* 着床前遺伝学的検査を行うことを誘導する、あるいは行わないことを誘導することのない中立的な遺伝カウンセリングを受け、ご夫婦の意思で自律的に判断を行うことが大切であることを理解しました。
* 着床前遺伝学的検査の適応判断の対象となる疾患を有する場合でも、社会的なサポート等のもとで、充足感を持ち幸せな生活を送る方もいることを理解しました。
* 着床前遺伝学的検査の実施について社会的な合意が完全に得られているわけではないことを理解しました。
* 着床前遺伝学的検査を実施しない場合の選択肢について理解しました。

日本産科婦人科学会

倫理委員会委員長　殿

着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会委員長　殿

上記の内容について確認し、日本産科婦人科学会への着床前遺伝学的検査の認可申請を提出することに同意します。

西暦　　　　年　　　月　　　日

妻

夫

今回の申請に際して実施された遺伝カウンセリングの内容、中立性およびご夫婦の自律的な意思決定の支援について、不適切であると感じる場合には、下記にご連絡ください。

連絡先：公益社団法人 日本産科婦人科学会倫理委員会　着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会

〒104-0031 東京都中央区京橋3丁目6-18、nissanfu@jsog.or.jp

**重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関しての動画視聴に関する確認書**

**申請元施設の医師記入用**

日本産科婦人科学会

倫理委員会委員長　殿

着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会委員長　殿

申請希望のご夫婦に対して、日本産科婦人科学会が提供する重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関しての動画を視聴いただきました。

**申請元施設のご担当医**

西暦　　　年　　　月　　　日

施設名

役職　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　専門医種別記載

**注）前頁及び本頁のそれぞれについて2部のコピーを作成して、原本はカルテに保管し、１部のコピーはご夫婦が保管、もう１部を日本産科婦人科学会にご提出してください。個人情報保護の観点から日本産科婦人科学会への提出用では、ご夫婦のご署名部分は消去した上でその他の申請書類と合わせて提出お願いします。**