(確認書様式SR)

患者用

１枚目・２枚目の共通番号（　　　　　　　　　　　　　）

**適切な遺伝カウンセリングの実施に関する確認書**

**申請希望のご夫婦記入用**

ご夫婦がお受けになった遺伝カウンセリングの内容とそれに基づいた意思の確認です。遺伝カウンセリングを受けたあとに各チェックボックス項目を確認しチェックして下さい。

* 検査対象となる疾患の概要（原因、遺伝学的事項、発症頻度、症状、治療法）を理解しました。
* 着床前遺伝学的検査に関する説明（具体的方法、技術的課題、生命倫理的課題、遺伝情報を含めた個人情報の管理、申請から実施までの手順と要する時間、費用など）を理解しました。
* 着床前遺伝学的検査以外の選択肢（自然妊娠、出生前検査など）について説明を受け、理解しました。
* 自分たちの考え方や疑問点について、十分な時間をとって双方向的に話し合うことのできる遺伝カウンセリングでした。
* 夫婦の自律的な判断により着床前遺伝学的検査を希望しました。

日本産科婦人科学会

臨床倫理監理委員会委員長　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、着床前遺伝学的検査を実施することに同意します。

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

妻

患者ID番号

夫

患者ID番号

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臨床倫理監理委員会 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

(確認書様式SR　2枚目)

医療機関用
（提出用）

１枚目・２枚目の共通番号（　　　　　　　　　　　　　）

**適切な遺伝カウンセリングの実施に関する確認書**

**申請元施設の医師記入用**

日本産科婦人科学会

臨床倫理監理委員会委員長　殿

着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会委員長　殿

**前頁の申請希望のご夫婦記入用の確認書のチェック事項の内容に沿って、遺伝カウンセリングを実施しました。**

**遺伝カウンセリングを実施した臨床遺伝専門医記載欄**

西暦　　　　　　年　　　月　　　日　（遺伝カウンセリングを実施した日）

PGT-SRを実施する施設名

臨床遺伝専門医認定番号

遺伝カウンセリング実施医師（署名）

**注）前頁及び本頁のそれぞれについてコピーを作成して、原本は実施施設で保管し、コピーはご夫婦が保管してください。**

**注）PGT-SRの年次報告に際しては、PGT-SRを行ったすべての症例の分について本項を提出する必要があります（前項は提出不要）。**

**注）１枚目と２枚目の対応性を確保するため、２枚の双方の冒頭部分に共通番号をご記載ください。**

**番号については、西暦の下２桁に続いて施設で設定する症例ごとに異なる3桁の番号（個人情報を含まない番号）をご記載ください。**