**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、罹患者への可能な社会的サポート、罹患者の生活の様子）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（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、本申請を行うことを決めました。

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、日本産科婦人科学会への着床前遺伝学的検査の症例審査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 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2-2-8、[nissanfu@jsog.or.jp](mailto:nissanfu@jsog.or.jp)

**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が実施されました。**

**申請元施設のご担当医**

西暦　　　年　　　月　　　日

施設名

役職　　　　　　　　　氏名（署名）　　　　 　　　　　専門医種別記載

**遺伝カウンセリングの実施医師**

西暦　　　年　　　月　　　日

施設名

役職　　　　　　　　　氏名（署名） 　　　　　　　　　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。**