クアトロテスト同意書

私は、医師から以下の説明を受けました。その結果、理解した項目に ☑します。

□ 1. 医師からクアトロテストを強要されておりません。

□ 2. 自己の意思でクアトロテストを行うことを決めました。

□ 3. クアトロテストは21トリソミー（ダウン症候群）18トリソミー、開放性神経管奇形についての検査です。検査結果は確率が表示されるのみで、『診断検査』ではありません。

□ 4. この検査についての疑問は知ることができました。

□ 5. さらに質問や疑問があるときは、医師あるいはカウンセリングの専門医療機関に尋ねることができます。

□ 6. この検査に用いられた検体（血清）で残り分があった場合、それを保存し、将来、医学研究や教育の目的のために使われることがあることを了解します。その場合には、個人の名前および鑑別可能な情報は伏せられます。

上記を確認した上で、私は　□この検査を受けます。

□この検査を受けません。

記入日：　　年　　月　　日

住所：

電話番号：

妊婦氏名：　　印

パートナー氏名：　　印

医師確認サイン

綱島ゆめみ産婦人科