検査機関控え

新生児マススクリーニング検査
追加検査申込書

※　以下の内容について、リーフレットでご確認下さい。
1　この検査の目的について
2　原発性免疫不全症（PID）と脊髄性筋萎縮症（SMA）という病気について
3　この検査は、公費で実施される新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）で採血した血液検体を再利用して実施すること、また、検査結果によっては再採血をお願いすることがあること
4　初回の検査で「再検査」や「精密検査」となっても、病気が確定するわけではないこと、また、この検査で必ずしもすべてのPIDとSMAがみつかるわけではないこと
5　精密検査の結果、病気と診断された場合は精密検査医療機関、専任コンサルタント医師、検査機関等が連携し、速やかに適切な治療や遺伝カウンセリングが受けられる支援体制があること

※　検査費用に関しましては、出産される医療機関にご確認下さい。
※　個人情報の取り扱いに関しましては、この用紙の下部をご確認下さい。

【次のいずれかにチェックを入れてください】

☐ **追加検査を申し込みます**　　☐ **追加検査を申し込みません**

【太枠の中をご記入ください】

署名日	**西暦　　年　　月　　日**
検査する赤ちゃんのお母さんのお名前	フリガナ **お名前**
検査する赤ちゃんの出生日・性別（双子等の場合は出生順もご記入ください。）	**西暦　20　　年　　月　　日　（男・女）** **（双子等の場合の出生順：第＿＿＿＿子）**
検査を申し込む医療機関の名称	

記入者（申込者）が赤ちゃんのお母さんではない場合のみ、下記にご記入ください。

記入者（申込者）のお名前	フリガナ **お名前** **検査する赤ちゃんとの続柄（　　）**

個人情報の取り扱いについて

この検査で取得する個人情報は、個人情報保護に関する法律を遵守し、漏えいや紛失等に対する安全対策を講じて以下のように取り扱います。

茨城県マススクリーニング推進協会長

⑴　個人情報の取得について
採血医療機関と茨城県マススクリーニング推進協会は、この検査で以下の個人情報を取得します。
①　検査を受検するお子様の生年月日、検査結果
②　検査を受検するお子様のお母さん等の氏名
③　新生児マススクリーニング検査で取得する出生時体重、保護者住所、ろ紙血

⑵　個人情報の利用について
この検査で取得した個人情報は、次の目的のために利用されます。
①　検査の申込み、事前準備、検査、判定、結果報告
②　検査を受検するお子様やお母さん（保護者）が適切で質の高い検査、精密検査、治療、行政サービスを受けられることを目的とした関係団体（居住市町村、茨城県、精密検査実施医療機関、治療実施医療機関、検査実施機関等）との情報連携

⑶　個人情報の第三者提供について
次の場合、取得した個人情報を第三者に提供する場合があります。
・　検査機器の故障、検査技師の感染症集団感染による検査室閉鎖など、予期せぬ事態が生じた場合の、他検査機関への検査外注

検査実施主体：茨城県マススクリーニング推進協会

医療機関控え

新生児マススクリーニング検査
追加検査申込書

※　以下の内容について、リーフレットでご確認下さい。
1　この検査の目的について
2　原発性免疫不全症（PID）と脊髄性筋萎縮症（SMA）という病気について
3　この検査は、公費で実施される新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）で採血した血液検体を再利用して実施すること、また、検査結果によっては再採血をお願いすることがあること
4　初回の検査で「再検査」や「精密検査」となっても、病気が確定するわけではないこと、また、この検査で必ずしもすべてのPIDとSMAがみつかるわけではないこと
5　精密検査の結果、病気と診断された場合は精密検査医療機関、専任コンサルタント医師、検査機関等が連携し、速やかに適切な治療や遺伝カウンセリングが受けられる支援体制があること

※　検査費用に関しましては、出産される医療機関にご確認下さい。
※　個人情報の取り扱いに関しましては、この用紙の下部をご確認下さい。

【次のいずれかにチェックを入れてください】

☐ **追加検査を申し込みます**　　☐ **追加検査を申し込みません**

【太枠の中をご記入ください】

署名日	**西暦　　年　　月　　日**
検査する赤ちゃんのお母さんのお名前	フリガナ **お名前**
検査する赤ちゃんの出生日・性別（双子等の場合は出生順もご記入ください。）	**西暦　20　　年　　月　　日　（男・女）** **（双子等の場合の出生順：第＿＿＿＿子）**
検査を申し込む医療機関の名称	

記入者（申込者）が赤ちゃんのお母さんではない場合のみ、下記にご記入ください。

記入者（申込者）のお名前	フリガナ **お名前** **検査する赤ちゃんとの続柄（　　）**

個人情報の取り扱いについて

この検査で取得する個人情報は、個人情報保護に関する法律を遵守し、漏えいや紛失等に対する安全対策を講じて以下のように取り扱います。

茨城県マススクリーニング推進協会長

⑴　個人情報の取得について
採血医療機関と茨城県マススクリーニング推進協会は、この検査で以下の個人情報を取得します。
①　検査を受検するお子様の生年月日、検査結果
②　検査を受検するお子様のお母さん等の氏名
③　新生児マススクリーニング検査で取得する出生時体重、保護者住所、ろ紙血

⑵　個人情報の利用について
この検査で取得した個人情報は、次の目的のために利用されます。
①　検査の申込み、事前準備、検査、判定、結果報告
②　検査を受検するお子様やお母さん（保護者）が適切で質の高い検査、精密検査、治療、行政サービスを受けられることを目的とした関係団体（居住市町村、茨城県、精密検査実施医療機関、治療実施医療機関、検査実施機関等）との情報連携

⑶　個人情報の第三者提供について
次の場合、取得した個人情報を第三者に提供する場合があります。
・　検査機器の故障、検査技師の感染症集団感染による検査室閉鎖など、予期せぬ事態が生じた場合の、他検査機関への検査外注

検査実施主体：茨城県マススクリーニング推進協会

保護者控え

新生児マススクリーニング検査
追加検査申込書

※　以下の内容について、リーフレットでご確認下さい。
1　この検査の目的について
2　原発性免疫不全症（PID）と脊髄性筋萎縮症（SMA）という病気について
3　この検査は、公費で実施される新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）で採血した血液検体を再利用して実施すること、また、検査結果によっては再採血をお願いすることがあること
4　初回の検査で「再検査」や「精密検査」となっても、病気が確定するわけではないこと、また、この検査で必ずしもすべてのPIDとSMAがみつかるわけではないこと
5　精密検査の結果、病気と診断された場合は精密検査医療機関、専任コンサルタント医師、検査機関等が連携し、速やかに適切な治療や遺伝カウンセリングが受けられる支援体制があること

※　検査費用に関しましては、出産される医療機関にご確認下さい。
※　個人情報の取り扱いに関しましては、この用紙の下部をご確認下さい。

【次のいずれかにチェックを入れてください】

☐ **追加検査を申し込みます**　　☐ **追加検査を申し込みません**

【太枠の中をご記入ください】

署名日	**西暦　　年　　月　　日**
検査する赤ちゃんのお母さんのお名前	フリガナ **お名前**
検査する赤ちゃんの出生日・性別（双子等の場合は出生順もご記入ください。）	**西暦　20　　年　　月　　日　（男・女）** **（双子等の場合の出生順：第＿＿＿＿子）**
検査を申し込む医療機関の名称	

記入者（申込者）が赤ちゃんのお母さんではない場合のみ、下記にご記入ください。

記入者（申込者）のお名前	フリガナ **お名前** **検査する赤ちゃんとの続柄（　　）**

個人情報の取り扱いについて

この検査で取得する個人情報は、個人情報保護に関する法律を遵守し、漏えいや紛失等に対する安全対策を講じて以下のように取り扱います。

茨城県マススクリーニング推進協会長

⑴　個人情報の取得について
採血医療機関と茨城県マススクリーニング推進協会は、この検査で以下の個人情報を取得します。
①　検査を受検するお子様の生年月日、検査結果
②　検査を受検するお子様のお母さん等の氏名
③　新生児マススクリーニング検査で取得する出生時体重、保護者住所、ろ紙血

⑵　個人情報の利用について
この検査で取得した個人情報は、次の目的のために利用されます。
①　検査の申込み、事前準備、検査、判定、結果報告
②　検査を受検するお子様やお母さん（保護者）が適切で質の高い検査、精密検査、治療、行政サービスを受けられることを目的とした関係団体（居住市町村、茨城県、精密検査実施医療機関、治療実施医療機関、検査実施機関等）との情報連携

⑶　個人情報の第三者提供について
次の場合、取得した個人情報を第三者に提供する場合があります。
・　検査機器の故障、検査技師の感染症集団感染による検査室閉鎖など、予期せぬ事態が生じた場合の、他検査機関への検査外注

検査実施主体：茨城県マススクリーニング推進協会