

## 遺伝子検査結果の開示についての要望

国立精神・神経医療研究センター 水澤 英洋 殿

私は、「運動失調症の患者登録・自然歴研究J-CAT」について、研究協力を同意しておりますが、遺伝子検査結果の開示について、以下の通り要望いたしますので何卒宜しくお願い申し上げます。

要望される条件について1、2（次頁）いずれかに○を付け、ご署名下さい。

### 遺伝子検査結果の開示についての要望内容

1. 私は、本研究において行われる遺伝子解析の最終的結果は、私の病気に関する遺伝子診断となった場合、あるいは医学的見地から知らせていただくことが有益または重要と判断されます結果（偶発的所見）がありました場合、遺伝子検査結果を主治医を通じて説明していただきたく、検査結果の開示をお願いします。（開示希望）

署名（本人の名前） \_\_\_\_\_

上記の結果につきまして、家族の方から開示の希望があった場合、主治医を通じた開示を承諾します。（どちらかに○を付けてください。）

はい

いいえ

「はい」の場合、どなたにご説明するのかお知らせください。

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所（代筆可） 〒 \_\_\_\_\_

電話番号（代筆可） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

代諾者の場合は下記にご記載ください。

代諾者の名前 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

2. 私は、本研究において明らかにされた私に関する遺伝子検査結果を知らないでおきたいと希望いたします。私に関します限り、一切の遺伝子解析が行われていないのと同じ条件で、研究に協力することを希望しております。たとえ、医学的見地から知らせていただくことが有益または重要と判断されます結果がありましても、現時点におきましては、「知らないでおく」権利を行使いたしたく、主治医を通じて説明していただくことなどは希望いたしません。(非開示希望)

署名（本人の名前） \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所（代筆可） 〒 \_\_\_\_\_

電話番号（代筆可） \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

代諾者の場合は下記にご記載ください。

代諾者の名前 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

**ご注意：** 遺伝子検査結果の開示について、後日、お考えがお変わりな場合は、条件を変更していただくことができます。その場合あらためて要望の変更の提出をお願いします。なお、遺伝子検査結果の開示は、あなた個人についての検査結果についてでありまして、いずれの場合についても、研究全体で、結果がどうであったか、どのような意味があるかなどの疑問につきましても、研究の進捗状況などによって一概に申し上げることはできませんが、可能な限りご説明いたします。

## 記入例

### 遺伝子検査結果の開示についての要望

国立精神・神経医療研究センター 水澤 英洋 殿

私は、「運動失調症の患者登録・自然歴研究J-CAT」について、研究協力を同意しておりますが、遺伝子検査結果の開示について、以下の通り要望いたしますので何卒宜しくお願い申し上げます。

要望される条件について1、2（次頁）いずれかに○を付け、ご署名下さい。

#### 遺伝子検査結果の開示についての要望内容

1. 私は、本研究において行われる遺伝子解析の最終的結果は、私の病気に関する遺伝子診断となった場合、あるいは医学的見地から知らせていただくことが有益または重要と判断されます結果（偶発的所見）がありました場合、遺伝子検査結果を主治医を通じて説明していただきたく、検査結果の開示をお願いします。（開示希望）

署名（本人の名前） 山田 太郎

上記の結果につきまして、家族の方から開示の希望があった場合、主治医を通じた開示を承諾します。（どちらかに○を付けてください。）

はい

いいえ

「はい」の場合、どなたにご説明するのかお知らせください。

氏名 山田 花子 続柄 妻

西暦 20\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

住所（代筆可）〒 187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

電話番号（代筆可） 042 ( 111 ) 1111

代諾者の場合は下記にご記載ください。

代諾者の名前 山田 花子

本人との関係 妻

(2頁中1頁目)

2. 私は、本研究において明らかにされた私に関する遺伝子検査結果を知らないでおきたいと希望いたします。私に関します限り、一切の遺伝子解析が行われていないのと同じ条件で、研究に協力することを希望しております。たとえ、医学的見地から知らせていただくことが有益または重要と判断されます結果がありましても、現時点におきましては、「知らないでおく」権利を行使いたしたく、主治医を通じて説明していただくことなどは希望いたしません。(非開示希望)

署名（本人の名前） \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所（代筆可） 〒 \_\_\_\_\_

電話番号（代筆可） \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

代諾者の場合は下記にご記載ください。

代諾者の名前 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

**ご注意：** 遺伝子検査結果の開示について、後日、お考えがお変わりな場合は、条件を変更していただくことができます。その場合あらためて要望の変更の提出をお願いします。なお、遺伝子検査結果の開示は、あなた個人についての検査結果についてでありまして、いずれの場合についても、研究全体で、結果がどうであったか、どのような意味があるかなどの疑問につきましても、研究の進捗状況などによって一概に申し上げることはできませんが、可能な限りご説明いたします。