

(別紙)

申込書兼承諾書

〇〇検体測定室

所在地

運営責任者 〇〇 〇〇 殿

【希望する測定項目】

- LDL コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪 GOT
 GPT γ -GT 血糖 HbA1c

【受検者への説明事項】

- 検体測定室の測定は、特定健康診査や健康診断等ではありません。
 検体の採取及び採取前後の消毒・処置については、受検者が行います。
 受検者の服用薬や既往歴によっては、止血困難となり、測定を行うサービスを受けられない場合があります。また、採血は受検者の責任において行うものであるため、出血・感染等のリスクは、基本的に受検者が負うものであります。

抗血栓薬の服用： _____ 無 _____ 有 _____

既往歴： _____ 無 _____ 有 _____

(血友病 壊血病 血小板無力症 血小板減少性紫斑病 単純性紫斑病 血小板機能異常症
血小板減少症 フォンウィルブランド病 血液凝固異常症 その他の出血性疾患)

- 自己採取、定められた採取量の確保及び自己処置ができない受検者はサービスを受けられません。
 採取方法（穿刺方法）、採取量（採血量）、測定項目及び測定に約 _____ 分間要します。
 体調、直前の食事時間等が測定結果に影響を及ぼすことがあります。
 測定結果については、受検者が判断します。
 検体測定室での測定は診療の用に供するものではないため、受検者が医療機関で受診する場合は、改めて当該医療機関の医師の指示による検査を受ける必要があります。
 穿刺による疼痛や迷走神経反射が生じることがあります。
 受検者が自己採取した検体については、受検者が希望した項目の測定のみを使用し、それ以外の目的には使用しません。
 受検者からの問い合わせ先は確認しています。（検体測定室の電話番号等 _____）

私は、〇〇検体測定室での測定にあたり、上記について説明を受け、これを十分に理解したことについて、（ 同意します・ 同意しません ） ※同意しない場合は測定を受けられません。

（同意した場合）その上で、測定することを承諾いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（自署） _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 _____ 女 _____

住所 _____

連絡先 _____

運営責任者
の確認印