作成年月日：2026年８月７日　第11.0版

遺伝学的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

わたしは、「運動失調症の患者登録・自然歴研究（J-CAT）」について、研究協力に同意しておりますが、遺伝学的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）いずれかに〇を付け、ご署名ください。

遺伝学的検査結果の開示についての要望内容

１．結果の開示を希望する場合

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、遺伝学的検査の結果について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

（どちらかに〇を付けてください）。

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**（　　）

記入日（自署または代筆）西暦 20　　年　　月　　日

住所（自署または代筆）〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（自署または代筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代諾者の場合は以下にもご記載ください。

代諾者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **本人との関係**＿＿＿＿

２．結果の開示を希望しない場合

私は、本研究において明らかにされた私に関する遺伝学的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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　西暦 20　　年　　月　　日

住所（自署または代筆）〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（自署または代筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代諾者の場合は以下にもご記載ください。

代諾者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**本人との関係**＿＿＿＿＿

ご注意：遺伝学的検査結果の開示について、後日、お考えがお変わりなった場合は、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、遺伝学的検査結果の開示は、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は、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。

作成年月日：2026年８月７日　第11.0版

記入例

遺伝学的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

わたしは、「運動失調症の患者登録・自然歴研究（J-CAT）」について、研究協力に同意しておりますが、遺伝学的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、ご署名ください。

遺伝学的検査結果の開示についての要望内容

１．結果の開示を希望する場合

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、遺伝学的検査の結果について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　）

記入日（自署または代筆）西暦 20　＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日

住所（自署または代筆）〒187-8551　東京都小平市小川東町 4-1-1

電話番号（自署または代筆）　042（111）1111

※代諾者の場合は以下にもご記載ください。

代諾者の名前　山田　花子　　**本人との関係**　妻

２．結果の開示を希望しない場合

私は、本研究において明らかにされた私に関する遺伝学的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）**

※こちらのページには「非開示希望」の場合のみ、ご記入をお願いいたします。

署名（本人の名前）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　西暦 20　　年　　月　　日

住所（自署または代筆）〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（自署または代筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代諾者の場合は以下にもご記載ください。

代諾者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**本人との関係**＿＿＿＿＿＿

ご注意：遺伝学的検査結果の開示について、後日、お考えがお変わりなった場合は、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、遺伝学的検査結果の開示は、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は、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。