HbA1c測定検査申込書兼承諾書

　　　　　　　　検体測定室

所在地

運営責任者　　　　　　　　　　　　　様

**【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）

□自己採血、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10～15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に使用し、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。（検体測定室電話番号　　　　　　　　　　　　）

□測定結果および調査票の内容については、個人情報を除外し、統計的な処理を行って学会等で公表されることをご了承ください。

**私は、○○○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

運営責任者の確認印

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| **測定項目** | **測定値** |
| **HbA1c** | **％** |

印