| Queensland Government | URN: | | | |
|--|--|---|--|--|
| Healthy Hearing Program | Family name: | | | |
| 同意書 | Given name(s): | URN: Family name: Given name(s): Address: | | |
| 1.3.6. E | Address: | | | |
| Facility: | Date of birth: | Sex: M F I | | |
| A. 聴覚スクリーニング | | | | |
| 以は、新生児は全て、聴覚に問題がないか検査す | | | | |
| ため聴覚スクリーニングを受ける必要があること [。] 里解しています。 | ∕c | | | |
| | Given name(s): | | | |
| 3. どのようなリスクがありますか? | Address: | Address: | | |
| 私は、スクリーニングの手順には乳児を傷つける 既知のリスクがなくても、以下の可能性があるこ | Date of birth: | Date of birth: | | |
| 実際には難聴がある可能性がある場合に、聴覚;子供は後天的に難聴を起こす可能性があること。 私の子供が聴覚スクリーニングを受けることに私 私は理解しています。後の段階で難聴が発見さです。 | 従って、親が乳児の聴覚を引き続き が同意しない場合、後の段階まで難 | き観察していくことが大切であること。 聴が発見されない可能性があることを | | |
| 2 胡の日辛まと伝不 | | | | |
| 2. 親の同意また拒否 | | | | |
| ン 税の同息 また担省 私 は、以下の内容を認めます。 ・ 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパン | フレットを読み、または同パンフレ | ットの説明を受けました。そして | | |
| 仏は、以下の内容を認めます。 ・ 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパン さんが | フレットを読み、または同パンフレ クイーンズランド州健康聴覚プログ [・] | | | |
| 以は、以下の内容を認めます。 ・私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパン ・ | クイーンズランド州健康聴覚プログ [・] | ラムについて説明してくれました。 | | |
| 以は、以下の内容を認めます。 ・ 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパン | クイーンズランド州健康聴覚プログラ 問し、不安な点を伝えることができ あると判定された場合には、かかりで ラムのスタッフなどの医療専門家に終 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 | | |
| はは、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) 私は、検査の手順と関連するリスクについて質満足のいく回答を得ることができました。 私は、自分の子供がさらに検査を受ける必要が言語聴覚士、家族支援促進員、健康聴覚プログ関連スタッフから連絡を受ける場合があるといるは次のことについても理解しています: | クイーンズランド州健康聴覚プログラ 問し、不安な点を伝えることができ あると判定された場合には、かかりで ラムのスタッフなどの医療専門家に終 うことを理解しています。 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが | クイーンズランド州健康聴覚プログラ 問し、不安な点を伝えることができ あると判定された場合には、かかりつ ラムのスタッフなどの医療専門家に終 うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳 のモニタリングを可能にしているとい | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム - 児のフォローアップに使われること。 いうこと。 | | |
| はは、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが | クイーンズランド州健康聴覚プログラ 問し、不安な点を伝えることができ あると判定された場合には、かかりつ ラムのスタッフなどの医療専門家に終 うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳 のモニタリングを可能にしているとい | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム - 児のフォローアップに使われること。 いうこと。 | | |
| はは、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが | クイーンズランド州健康聴覚プログー間し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はい | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム 、児のフォローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ | | |
| は、以下の内容を認めます。 ・私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) ・私は、検査の手順と関連するリスクについて質 満足のいく回答を得ることができました。・私は、自分の子供がさらに検査を受ける必要が 言語聴覚士、家族支援促進員、健康聴覚プログ 関連スタッフから連絡を受ける場合があるとい 私は次のことについても理解しています: ・スクリーニングの結果はデータベースに記録されまた、このデータベースは健康聴覚プログラムの また、このデータベースは健康聴覚プログラムの データベースから得られる情報は研究目的に使とはないこと。 ・臨床的な評価により、私の子供がスクリーニン紹介されること。 | クイーンズランド州健康聴覚プログー間し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム パのフォローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが | クイーンズランド州健康聴覚プログー問し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合によりかあった。 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム ・パランと。 かなる報告や出版物にも記載されること。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に とに同意します。 | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) 私は、検査の手順と関連するリスクについて質 満足のいく回答を得ることができました。 私は、自分の子供がさらに検査を受ける必要が 言語聴覚士、家族支援促進員、健康聴覚プログ 関連スタッフから連絡を受ける場合があるとい は次のことについても理解しています: スクリーニングの結果はデータベースに記録されまた、このデータベースは健康聴覚プログラムの データベースから得られる情報は研究目的に使とはないこと。 臨床的な評価により、私の子供がスクリーニン紹介されること。 上記の記載事項に基づき、 スクリーニング | クイーンズランド州健康聴覚プログー間し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム パランオローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に とに同意します。 とに同意しません。 | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) 私は、検査の手順と関連するリスクについて質 満足のいく回答を得ることが査を受ける必可を表した。 私は、自分の子供がさらに検査を受ける必要に対しています: スクリーニングの結果はでは、記録ラムのであれるに、このデータベースから得られる情報は研究目的に使とはないこと。 臨床的により、私の子供がスクリーニン紹介されること。 上記の記載事項に基づき、スクリーニングをするに、また、スクリーニングをするにより、私は、自分をはないない。 は、自分 はは、自分 はは、自分 はは、自分 はまでないと判断された場合 | クイーンズランド州健康聴覚プログライーンズランド州健康聴覚プログラ 問し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合 かの赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けること の赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けること の赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けること | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム リ児のフォローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に とに同意します。 とに同意しません。 情密検査に紹介されることに同意します。 | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) 私は、検査の手順と関連するリスクについて質 満足のいく回答を得ることができました。 私は、自分の子供がさらに検査を受ける必可が、言語聴覚士、家族支援促進員、健康聴覚プロンの語聴覚・、家族支援促進員である場合があるといるは次のことについても理解しています: スクリーニングの結果はデータベースに記録されました。 ないことについても理解しています: スクリーニングの結果は研究目的に使とはないこと。 に味的な評価により、私の子供がスクリーニンのにはないこと。 に味のな評価により、私の子供がスクリーニン紹介されること。 と記の記載事項に基づき、 スクリーニングをするまでないと判断された場合 | クイーンズランド州健康聴覚プログー間し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合の赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けることがあまゃんが聴覚スクリーニングを受けることがあまゃんが聴覚スクリーニングを受けることがあままとがあることがあままとが聴覚スクリーニングを受けることがあったもの赤ちゃんがスクリーニングを受けずに聴覚を | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム リ児のフォローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に とに同意します。 とに同意しません。 情密検査に紹介されることに同意します。 | | |
| は、以下の内容を認めます。 私は「赤ちゃんの聴覚スクリーニング」のパンさんが (病院スタッフ名) 私は、検査の手順と関連するリスクについて質 満足のいく回答を得ることが査を受ける必可を表した。 私は、自分の子供がさらに検査を受ける必要に対しています: スクリーニングの結果はでは、記録ラムのであれるに、このデータベースから得られる情報は研究目的に使とはないこと。 臨床的により、私の子供がスクリーニン紹介されること。 上記の記載事項に基づき、スクリーニングをするに、また、スクリーニングをするにより、私は、自分をはないない。 は、自分 はは、自分 はは、自分 はは、自分 はまでないと判断された場合 | クイーンズランド州健康聴覚プログー間し、不安な点を伝えることができあると判定された場合には、かかりでラムのスタッフなどの医療専門家に終うことを理解しています。 れ、追加の検査や治療を必要とする乳のモニタリングを可能にしているとい用されることがあっても、名前はいグを受けるべきでないとされた場合かの赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けずに聴覚をの赤ちゃんがスクリーニングを受けずに聴覚をいかったちゃんがスクリーニングを受けずに聴覚をいる。 | ラムについて説明してくれました。 ました。私は疑問と不安な点を相談し、 つけ医、小児保健看護師、小児科医、 吉果が伝えられ、健康聴覚プログラム リ児のフォローアップに使われること。 いうこと。 かなる報告や出版物にも記載されるこ 、診断的評価のために聴覚精密検査に とに同意します。 とに同意しません。 情密検査に紹介されることに同意します。 情密検査に紹介されることに同意しません。 | | |

- I have explained to the parent the procedure and the risks.
- I have given the parent an opportunity to ask questions about any of the above matters and raise any other concerns which I have answered as fully as possible. I am of the opinion that the parent understood the above information.

| Staff member name (please print): | Signature: | | Date: | |
|---|------------|---|--------------------|--|
| | | | | |
| Interpreter / cultural needs | | | | |
| Is an Interpreter Service required? | Yes No | I have given a translation in | of | |
| If yes, is a qualified Interpreter present? | Yes No | the consent form and any verbal and written information | | |
| Is a Cultural Support Porson prosent? | | given to the parent by the hospi | ital staff member. | |

Signature:

蛐

Date:

Interpreter name (please print):