© State of Queensland (Queensland Health) 2019
ライセンス元: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/au/deed.en
版権に関する問合せ先：lp_officer@health.qld.gov.au
連絡先：Healthy_Hearing@health.qld.gov.au

Queensland Government

Healthy Hearing Program
同意書

Facility: .....

URN:
Family name:
Given name(s):
Address:
Date of birth: Sex: ☐ M ☐ F ☐ I

BABY'S LABEL

URN:
Family name:
Given name(s):
Address:
Date of birth:

MOTHER'S LABEL

A. 聴覚スクリーニング

私は、新生児は全て、聴覚に問題がないか検査するため聴覚スクリーニングを受ける必要があることを理解しています。

B. どのようなリスクがありますか？

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とは理解しています。

- 実際には難聴がある可能性がある場合に、聴覚スクリーニングで難聴はないという結果が出ることがまれにあること。
- 子供は後天的に難聴を起こす可能性があること。従って、親が乳児の聴覚を引き続き観察していくことが大切であること。

私の子供が聴覚スクリーニングを受けることに私が同意しない場合、後の段階まで難聴が発見されない可能性があることを、私は理解しています。後の段階で難聴が発見されるということは、私の子供の言語発達が遅れる可能性があるということです。

C. 親の同意また拒否

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 ..... さんが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。
  （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問し、不安な点を伝えることができました。私は疑問と不安な点を相談し、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あると判定された場合には、かかりつけ医、小児保健看護師、小児科医、言語聴覚士、家族支援促進員、健康聴覚プログラムのスタッフなどの医療専門家に結果が伝えられ、健康聴覚プログラム関連スタッフから連絡を受ける場合があるということを理解しています。

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、追加の検査や治療を必要とする乳児のフォローアップに使われること。また、このデータベースは健康聴覚プログラムのモニタリングを可能にしているということ。
- データベースから得られる情報は研究目的に使用されることがあっても、名前はいかなる報告や出版物にも記載されることはないこと。
- 臨床的な評価により、私の子供がスクリーニングを受けるべきでないとされた場合、診断的評価のために聴覚精密検査に紹介されること。

上記の記載事項に基づき、

スクリーニング
☐ 私は、自分の赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けることに同意します。
☐ 私は、自分の赤ちゃんが聴覚スクリーニングを受けることに同意**しません**。

臨床的にスクリーニングをすべきでないと判断された場合
☐ 私は、自分の赤ちゃんがスクリーニングを受けずに聴覚精密検査に紹介されることに同意します。
☐ 私は、自分の赤ちゃんがスクリーニングを受けずに聴覚精密検査に紹介されることに同意**しません**。

親の氏名（楷書で記入してください）：	署名：	日付：

D. Hospital staff statement

- 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
If *yes*, is a qualified Interpreter present? ☐ Yes ☐ No
Is a Cultural Support Person present? ☐ Yes ☐ No

I have given a translation in ..... of the consent form and any verbal and written information given to the parent by the hospital staff member.

Interpreter name (please print):	Signature:	Date:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

HEALTHY HEARING PROGRAM - 同意書

v6.00 - 04/2019
Mat. No.: 10188212
SW011