

## 国立循環器病研究センター 創薬オミックス解析センター

## 重症心不全・心筋症遺伝子検査

## 外部施設からの血液サンプル送付要領

血液をお送りいただく際は、下記を参考にご送付ください。

## 【書類関係】

- 診療情報提供書または退院時サマリー：病歴(発作の誘因、初発年齢、治療とその反応など)
- 心電図のコピー（実物大：縮小不可）
- 遺伝子検査用 同意書（15 歳以下の場合は代諾者が署名する）
- インフォームド・アセント 別紙 5（10-15 歳の場合、本人が署名する書類）

- 患者さん本人が 10-15 歳の場合、代諾者が通常の同意書に署名し、本人はインフォームド・アセント（別紙 5）に署名し、両方の原本を提出してください。
- 10 歳未満または 16 歳以上の場合アセントは不要です。
- 発端者以外のご家族の方の採血も同時に送って頂くことは可能ですが、その場合も同意書・心電図は 1 人ずつ必要です。
- 国循バイオバンクへの参加は、国循以外の患者さんにはお願いしていません。
- 名前・住所などの個人情報には匿名化し、その対応表を研究等個人情報管理室で保管します。

## 【血液について】

- 採血管は通常の末梢血用の紫キャップの EDTA 用採血管をご使用ください。
- 本人：5 ml または 7 ml 2 本（15 歳以下は 同 1 本です）
- 家族：5 ml 1 本または 2 ml 2 本
- 遠心分離や冷凍をしないでください

採血管に必ず氏名をご記入ください  
(本人のものと確認のため)

## 【発送について】

- 発泡スチロール等に梱包し、クール便（4℃冷蔵）でお送りください。
- 到着日を平日日中（冷蔵保管の都合上、16 時までの到着時間指定のこと）
- 郵送日が決まりましたら、準備の都合上、郵送日を事前に客員部長 蒔田までメールでご連絡下さい([makitanaomasa@gmail.com](mailto:makitanaomasa@gmail.com))。
- 送料は発送元でご負担ください。

送付先

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町 6 番 1 号  
国立循環器病研究センター 研究棟 30101 室  
創薬オミックス解析センター  
TEL 06-6170-1069 (内線 31043), FAX 06-6170-1602

冷蔵(4℃)保冷用  
の容器に梱包をし  
てください。

【検査料・検査方法。その他】

- ・ 研究代表者・分担者の研究費を用いて検査を行いますので、検査料は、無料です。
- ・ 可能であれば、家族の方の採血と心電図などの臨床情報も同時に送ってください（あとで送っていただいても結構です）。解析は通常発端者に対して先に行いその後家族の解析を行います。場合によっては同時に行うこともあります。
- ・ 家族で、病院に受診して採血することができないなど特殊な事情がある方には、唾液から DNA を採る方法もありますのでお尋ねください。
- ・ 遺伝子診断の結果が出た場合は、報告書をお送りします。結果が出なくてもある程度の解析が終了した段階で中間報告をします。

ご不明な点があれば遠慮なくご連絡ください。

国立循環器病研究センター  
創薬オミックス解析センター  
室長 白井 学  
shirai.manabu.ri@ncvc.go.jp  
客員部長 蒔田直昌  
[makitanaomasa@gmail.com](mailto:makitanaomasa@gmail.com)

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町 6 番 1 号  
TEL 06-6170-1069 (内線 31043)  
FAX 06-6170-1602