

返送用

IDシール貼付

重要

肥満関連遺伝子検査申込同意書

株式会社ディーエイチシー 御中

私は、本申込同意書付属説明書（「肥満関連遺伝子検査のご利用にあたって」）の説明を読み、肥満関連遺伝子検査の目的、方法、予想される検査結果等をよく理解しました。私は、肥満関連遺伝子のうち3種類（ β 3AR遺伝子、UCP1遺伝子、 β 2AR遺伝子）の検査を自らの意思で行い、採取した試料とともに、本申込同意書を提出することに同意いたします。検査結果及びこれに対する「検査結果報告書」、「DHCパーソナル・カルテ」を貴社が私へのアドバイス目的のために閲覧及び利用することに同意するとともに、検査結果やそれに基づくアドバイスが、予防のためのひとつの検査であって、診断もしくは医療行為を含むものではないことを理解し、検査結果やそれに基づくアドバイスの利用については、自らの責任において行います。

ご記入について

→ 検査を受けるご本人の情報を、検査を受けるご本人または親権者がご記入ください。

→ 記入事項に不備がある場合は、検査を実施できません。明瞭にご記入ください。

同意日
西暦 20 年 月 日

必須項目	署名	(ふりがな)	性別	男	女	(いずれかに○を)		
		※アルファベットは使用できません。		生年月日	西暦	年	月	日
お客様ID番号	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A	この同意書の右上に貼ってあるID番号シールの8桁の英数字のうち、 間の6桁の数字をご記入ください。						
自宅住所	〒	電話番号	-	-	※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。			
DHC会員番号		日中の連絡先	-	-	※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。			
「検査結果報告書」の送付先が上記の住所と異なる場合はご記入ください。 送付先住所 〒			確認事項が生じた場合、お手紙にてご連絡させていただくことがございますので、お届け先をご指定ください。					
			自宅住所	送付先住所	(いずれかに○を)			
			※○が無い場合や不備がある場合、送付先住所に郵便局留めを指定された場合は、自宅住所へ送付いたします。					
DHC会員番号			※検査を受けるご本人のDHCの会員番号です（本申込同意書右上のお客様ID番号とは異なります）。※会員番号がわからない場合は、会員登録の際の電話番号をご記入ください。※会員でない場合は、ご記入不要です。					

→ 「氏名」「自宅住所」「電話番号」を変更した際には、パーソナルサプリ・遺伝子検査相談室までご連絡ください。

■検査を受けるご本人が18歳未満の場合は、親権者の承諾が必要となりますので、下記も必ずご記入ください。

〈検査を受けるご本人〉 私は、申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は、親権者に連絡される場合があることに予め同意いたします。	検査を受けるご本人の署名	(ふりがな)					
〈親権者〉 私は、検査を受ける本人の親権者として、本申込同意書記載内容を理解の上で、本検査を申し込むこと及び申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は私に連絡される場合があることに予め同意いたします。	親権者署名	生年月日	西暦	年	月	日	検査を受けるご本人との関係
(ふりがな) 住 所	〒	電話番号： (日中の連絡先： - - -)					

返送用

ご記入後はこちらの返送用(1枚目)のみ、ご返送ください

お客様控

重要

肥満関連遺伝子検査申込同意書

株式会社ディーエイチシー 御中

私は、本申込同意書付属説明書（「肥満関連遺伝子検査のご利用にあたって」）の説明を読み、肥満関連遺伝子検査の目的、方法、予想される検査結果等をよく理解しました。私は、肥満関連遺伝子のうち3種類（ β 3AR遺伝子、UCP1遺伝子、 β 2AR遺伝子）の検査を自らの意思で行い、採取した試料とともに、本申込同意書を提出することに同意いたします。検査結果及びこれに対する「検査結果報告書」、「DHCパーソナル・カルテ」を貴社が私へのアドバイス目的のために閲覧及び利用することに同意するとともに、検査結果やそれに基づくアドバイスが、予防のためのひとつの検査であって、診断もしくは医療行為を含むものではないことを理解し、検査結果やそれに基づくアドバイスの利用については、自らの責任において行います。

ご記入について

→ 検査を受けるご本人の情報を、検査を受けるご本人または親権者がご記入ください。

→ 記入事項に不備がある場合は、検査を実施できません。明瞭にご記入ください。

同意日	
西暦 20 年 月 日	

必須項目	検査を受けるご本人	署名		(ふりがな)	性別	男	女	(いずれかに○を)
		※アルファベットは使用できません。	生年月日	西暦				
お客様ID番号	1	□	□	□	□	□	A	この同意書の右上に貼ってあるID番号シールの8桁の英数字のうち、間の6桁の数字をご記入ください。
自宅住所	〒				電話番号	-	-	※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。
DHC会員番号					日中の連絡先	-	-	※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。
「検査結果報告書」の送付先が上記の住所と異なる場合はご記入ください。 送付先住所 〒					確認事項が生じた場合、お手紙にてご連絡させていただくことがございますので、お届け先をご指定ください。			
					自宅住所	送付先住所	(いずれかに○を)	
					※○が無い場合や不備がある場合、送付先住所に郵便局留めを指定された場合は、自宅住所へ送付いたします。			
					※検査を受けるご本人のDHCの会員番号です（本申込同意書右上のお客様ID番号とは異なります）。※会員番号がわからない場合は、会員登録の際の電話番号をご記入ください。※会員でない場合は、ご記入不要です。			

→ 「氏名」「自宅住所」「電話番号」を変更した際には、パーソナルサプリ・遺伝子検査相談室までご連絡ください。

■検査を受けるご本人が18歳未満の場合は、親権者の承諾が必要となりますので、下記も必ずご記入ください。

〈検査を受けるご本人〉	検査を受けるご本人の署名	(ふりがな)				
私は、申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は、親権者に連絡される場合があることに予め同意いたします。						
〈親権者〉						
私は、検査を受ける本人の親権者として、本申込同意書記載内容を理解の上で、本検査を申し込むこと及び申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は私に連絡される場合があることに予め同意いたします。						
親権者署名	生年月日	西暦	年	月	日	検査を受けるご本人との関係
(ふりがな)	住 所	〒				
						電話番号： - - -) (日中の連絡先： - - -)

お客様控

こちらはお客様控です。お手元に大切に保管してください

肥満関連遺伝子検査のご利用にあたって

●肥満関連遺伝子検査規約

肥満関連遺伝子検査（以下「本検査」）は、口腔内（頬の内側）の細胞を採取し、試料として弊社に送付することで、肥満に関連する3つの遺伝子（ β 3AR遺伝子、UCP1遺伝子、 β 2AR遺伝子）について遺伝学的検査を行い、検査結果報告書として報告するものです。

本検査は、国内の検査受託会社（ジェネシスヘルスケア株式会社）に委託しています。試料は個人を特定できない方法をとっています。検査受託会社において、本検査後に廃棄されます。また、本検査に関する精度につきましては、弊社で確認済みです。

弊社における個人遺伝情報の取扱いは、「経済産業分野のうち個人遺伝情報を用いた事業分野における個人情報保護ガイドライン（平成16年12月17日策定、令和4年3月23日改正）」により厳重に保護されます。また、一般社団法人遺伝情報取扱協会の自主基準を遵守しています。

検査を受けるご本人から受領した試料や本申込同意書、検査結果の取扱いには細心の注意を払うものであります。弊社は損害賠償の責任を負いかねます。

（ア）地震、津波、高潮、大水、暴風雨、地すべり、山崩れ等その他の天災

（イ）ストライキ、サボタージュ

（ウ）戦争、テロまたは社会的騒擾その他の事変等社会的争乱

（エ）核燃料物質に基づく放射性、爆発性その他の有害な特性による事故またはそれに基づく社会的混乱

（オ）不可抗力による火災

（カ）予見できない異常な交通障害

（キ）法令または公権力発動による運送の差止め、開封、没収、差押えまたは第三者への引渡し

（ク）試料送付時における運送会社による故意または過失に起因する試料や同意書、検査結果の遅延・紛失等の事故

（ケ）検査を受けるご本人が試料の返信用封筒に記載する外装表示の記載過誤、検査を受けるご本人の故意または過失に起因する試料送付時の事故

●肥満と遺伝子

本検査は、肥満の可能性を遺伝的側面から検査するものです。肥満の要因には遺伝的な体質が約30～70%、環境要因も同じく約30～70%関連していると考えられています。肥満に関連する遺伝子は、現在約50種類確認されています。そのうち日本人の約96%が、 β 3AR遺伝子、UCP1遺伝子、 β 2AR遺伝子のいずれかに変異があるという統計結果が現在得られています。

また、 β 3AR遺伝子、UCP1遺伝子、 β 2AR遺伝子の日本人に該当する遺伝子機能と脂質代謝の関係については、Obesity Gene Map Databaseに記載されている遺伝子とそれに関連する論文を科学的根拠として参照しています。

なお、肥満の要因と遺伝子の関係については現在も更に研究中であり、今後も新しい研究成果がみられる可能性があり、現時点での情報は限定的で全てが明確になったわけではありません。

本検査は、肥満に関係する全ての要因ではありません。検査結果が遺伝的に要因リスクが高い傾向を示唆していても、個々の環境要因や生活習慣等を改善することにより十分予防可能です。

●プライバシーと倫理面

本来、遺伝情報は個人のプライバシーに属しますので慎重な取扱いが必要です。また、その検査結果は検査を受けるご本人の血縁者にも影響しますので、取扱いには十分な本文面の理解と検査を受けるご本人の同意が必要です。

現在、個人遺伝情報取扱事業者には「経済産業分野のうち個人遺伝情報を用いた事業分野における個人情報保護ガイドライン（平成16年12月17日策定、令和4年3月23日改正）」が適用されます。個人遺伝情報は、これに基づき慎重に取扱われます。ただし、検査を受けるご本人が記入した「肥満関連遺伝子検査申込同意書」や検査結果等は、弊社及び検査受託会社において、個人を特定できない方法を取り、統計的データとして集積した上で、社会的な必要性に鑑みて統計として開示されることがあります。

肥満に関連する遺伝子は血縁者では同じ遺伝子を持っている可能性があり、検査を受けるご本人のみでなく、本検査を受けていない血縁者の結果を想定できる場合がありますが、必ずしも一致するものではありません。検査結果の開示は、必ず検査を受けるご本人の判断で行ってください。

弊社は、個人遺伝情報取扱の倫理審査の機能を有する倫理委員会を設置しており、弊社が倫理委員会に個人遺伝情報取扱の倫理審査の開始を要請した場合には、公正かつ中立的に当該事業実施の適否の審査を行います。

●検査について

本申込同意書に署名され、試料とともに送付された後、検査の撤回を依頼される場合は下記に記載された連絡先が窓口となります。その際、試料及び検査結果は個人を特定できない状態で廃棄されます。既にお支払いいただいた代金は返金できませんのでご了承ください。

ご返送いただいた試料は検査を受けるご本人の検体とみなし、検査を受けるご本人の意思により本検査を行うこととみなします。検査を受けるご本人以外の方が氏名等を偽って使用した場合でも、弊社では一切責任を負いかねます。

試料の温度管理、試料不足や保管の状況が十分でない場合、DNAの抽出が不可能である場合もあります。試料の採取時に、採取した細胞数の不足、口腔内の異物（ニコチン、カフェイン、ポリフェノールなど）、歯周病などの疾患が、場合によっては、検査に影響を与える可能性があります。正しく検査結果が得られなかった場合は、お手紙などでご連絡いたします。弊社より連絡後、検査を受けるご本人より再検査のご依頼がない場合には、その権利を放棄したものとみなします。

本検査は、将来的に肥満に関連する遺伝的リスクがあることを知ることにより精神的な負担となるような場合が予想されます。

●未成年者の取扱いについて

18歳未満の方が本検査をご利用される際は、倫理的、法的、社会的な観点から、必ず親権者の同意を得た上で、本検査をお申し込みください。

検査結果・同意書・個人情報に関するお問い合わせ：パーソナルサプリ・遺伝子検査相談室 0120-575-141（通話料無料）9:00～20:00（日・祝日・年末年始をのぞく）

株式会社ディーエイチシー 〒106-8571 東京都港区南麻布2丁目7番1号