

同意書

私は公益財団法人大分県スポーツ協会メディカルチェックの実施に当たり、下記項目を十分理解した上で、血液検査を受けるとともに、そのデータの活用に協力することに同意します。

競技名（所属名）： _____ 本人 署名（自署） _____

年齢（令和5年4月1日現在） _____ 才 ・ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者の署名（自署） _____ （同意年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

この血液検査は大分県スポーツ協会（以下県ス協）の指定する競技の対象選手の競技力に影響する貧血や栄養状況について調べるものです。確認した事項に□にチェック（レ）を記入してください。

- 検査は指定医療機関による血液採取にて行われます。
- 費用の負担はすべて県ス協が行います。医療機関の窓口での支払いは不要です。
（医療機関までの交通費は各自の負担となります。）
- 採取された血液は県ス協の指定検査機関に委託され、検査が行われます。検査終了後、検査機関の保存義務期間終了後はその情報は破棄されます。
- 採血結果については他人に見られない形で、県ス協から指定された競技団体担当者に送付し、その後、選手本人に手渡しいたします。
- 結果については添付する説明文書を見て自らその後の対応を判断して下さい。
（結果送付後の対応については、後日、調査させていただきますので、御協力をお願いします。）
- 結果用紙の管理は個人で行ってください。
- 結果は県ス協の競技力向上の目的で保存し、活用することがあります。（担当：メディカルサポート部会）
- 得られた結果を本人が特定されない形で競技力向上に関する内容として発表することがあります。
- 検査は貧血・栄養状態の把握のために行うものですが、予期せぬ病気が見つかる場合があります。この場合、関係する医師の判断のもと直接選手本人に連絡を行う場合があります。
- 検査の中には、ドーピング規定に抵触することがわかる項目や出場規定に関わる問題が発見される項目を含みます。（この点についてはプライバシーにも関わる問題のため、関係医師の判断のもと直接本人と相談する機会（カウンセリング）を設ける旨の連絡をすることがあります。）
- 一旦、検査に同意した後でも採血を行わない、採血の一部を行わない、結果の通知を望まない、結果の利用をやめてほしいなどを申し出ることは可能です。

※ すべての項目にチェックがない場合は、検査に同意されなかったということで採血は行いません。
（行わなかった場合も選手に不利益はありません）

※ 医療機関は採血協力のみのため、内容については、大分県スポーツ協会（Tel：097-504-0888）まで、お問い合わせ願います。