

※ 原本を市へ提出、検査実施機関において写しを保管してください

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症のウイルス検査を希望される妊婦の方へ 【 検査申込書兼実施報告書 】

私は、下記内容について説明を受け、了承(☑をお願いします)の上、検査を申し込みます。

(フリガナ)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(日中連絡のつく)

住 所 _____ 電話番号 _____

(里帰りの場合は里帰り先)

住 所 _____ 電話番号 _____

① 検査について

- 本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、分娩予定日が概ね2週間以内の妊婦の方を対象としており、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 本検査は、健康保険適用の検査ではありません。
- 医師の判断により診察料などの検査料以外の費用が発生することがあります。
- 本事業の対象回数は1回のみです。
- 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性:3割程度)や、感染していないのに結果が陽性になること(偽陽性:ごくまれ)があります。
- 検査結果については、本検査を行った医療機関から連絡があります。

② 検査の結果が陽性(偽陽性を含む)となった場合について

- 症状の有無にかかわらず入院又は宿泊療養となります。(詳細については保健所から連絡があります。)
- 症状の有無にかかわらず、入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合があります。また、分娩方法等が変更される(帝王切開や計画分娩等)可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、感染拡大防止の観点から入院中の面会および分娩時の立ち会いが制限される場合があります。また、分娩後の一定期間、母子分離(お母さんと赤ちゃんが別室での管理となり、赤ちゃんに触れたり、授乳することができない)となる可能性があります。
- 希望により、退院後において自治体が提供する、助産師・保健師等による継続的な健康支援や、育児支援などのケアを受けることができます。そのため、本検査結果等につきましては、住民票のある自治体に提供させていただく場合があります。

検体採取日:令和 年 月 日

結果判定日:令和 年 月 日

検査種別:

かかりつけ産科医療機関

説明者(医師)氏名: _____ 印

所属機関:

検査実施機関 (同上の場合記載不要)

医師氏名: _____ 印

所属機関: