妊婦向け新型コロナウイルス検査申込書

様式８

※かかりつけ産科医療機関において保管してください

診察の結果、上記の方は、本事業の検査が必要と判断しました。

説明者（医師）氏名：

施設名：

* 症状の有無にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。
* 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、申請書及び

添付書類に含まれる個人情報、入退院日、病状、既往歴、治療状況及び本検査結

果につきましては、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。

**検査の結果が陽性となった場合について**

* 本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、妊娠３６～３９週の妊婦の方（ただし、医

師等による医学的な指導等があった場合はこの限りでない。）を対象としており、ご

本人が希望し、かつ医師が必要と判断した場合に任意で行われるものです。

* 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）や、感

染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。

**検査について**

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。

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏名

（郵便番号）

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号