

妊婦向け新型コロナウイルス検査申込書

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

(フリガナ)

氏名 _____

(郵便番号)

住所 _____ 電話番号 _____

検査について

- 本検査は、強い不安を抱える妊婦(うつ状態にある等)、もしくは基礎疾患を有する妊婦のうち、発熱等の感染を疑う症状がなく、原則として妊娠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。

検査の結果が陽性となった場合について

- 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(帝王切開や計画分娩等)となる可能性があります。
- 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。

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: _____