

※検査実施機関において保管してください。

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の検査を希望される妊婦の方へ

## 【検査申込書】

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。  
なお、これまで他の自治体(県・市)で同様の事業による検査費用の助成ないし無料化を受けたことはありません。

(フリガナ)

【氏名】

【住所地( 住民票のある場所 )】

※住所が県外の場合は、在住地(現在住んでいる場所)もご記入ください。

【在住地】

【電話番号】

## 〔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、**強い不安や基礎疾患を有する**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。
- 本事業の対象回数は1回のみです。  
(他の自治体での同様の事業による実施も回数に含みます。)
- 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(母子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等に提供させていただく場合があります。

## 医師記載欄

対象要件の確認(下記いずれかにチェックをする)

 強い不安あり 基礎疾患あり(疾患名: )

医師氏名:

所属機関: