

千葉県（千葉市・船橋市・柏市を除く）に住民票のある妊婦の 分娩を取り扱う予定の医療機関の皆さまへ

千葉県では、国の補助事業として、新型コロナウイルスの感染拡大により、不安を抱える妊婦の方が、感染の有無を確認する検査を受けられるよう体制を整備し、検査費用の補助を行うことで、不安解消を図っているところです。

千葉県に住民票のある妊婦の方が、里帰り等で、千葉県外の医療機関にて検査を受け、検査費用の負担が生じた場合、千葉県で検査費用の一部を助成します。

ただし、以下の要件全てに該当する検査である場合に限りです。

- ◇ 千葉県に住民票を有しており、本事業による検査を、現在の妊娠に際して、初めて受ける妊婦であること。（助成は、妊婦一人当たり1回限り。）
- ◇ 分娩予定日の概ね2週間前とし、36～37週（妊娠10か月の健診時）を目安に実施した検査であること。
- ◇ 無症状の妊婦のうち、以下のいずれかに該当する妊婦が自ら希望し、任意で行う検査であること。
 - ◆ うつ状態など、不安が強い状態である
 - ◆ 新型コロナウイルス感染症の重症化リスクのある疾患の既往がある
- ※ 院内感染防止対策を目的として実施される検査は、本事業の対象外。
- ◇ 検査について、事前に医師から説明*を受けていること。

貴院で上記要件に該当する検査を受けた場合、千葉県での助成を受けられるよう、ご協力をお願いします。

千葉県では、上記要件の全てに該当する検査であることを確認した上で、検査費用の助成を行います。そこで、検査を受けた妊婦の方からの申請書類に、その旨が確認できる書類の写しを添付することとしております。医療機関の皆様におかれましては、以下のいずれかのご対応について、ご協力くださいますようお願い致します。

1. 検査申込書及び同意書を、妊婦の方に提出してもらっている場合
医療機関へ提出された、検査申込書及び同意書の写しを妊婦の方へお渡しください。
2. 検査申込書及び同意書を、妊婦の方に提出してもらっていない場合
千葉県の様式「検査申込書兼同意書(別添)」を使用し、医師により検査前の説明*及び同意内容を確認の上、写しを妊婦の方へお渡しください。

※以下の内容全てを検査前に説明していること。

- ①妊婦本人が希望する場合に任意で行う検査であること。
- ②検査の性質上、偽陽性・偽陰性が一定の確率で起こりうること。
- ③検査結果が陽性となった場合、症状の有無に関わらず、
 - (1)入院や宿泊療養など、生活が制限される可能性があること。
 - (2)医師の判断により分娩場所が変更となることや、計画分娩や帝王切開等での分娩となる可能性があること。
 - (3)医師の判断により分娩後の一定期間、母子分離等となる可能性があること。
- ④新型コロナウイルス感染症に感染した妊産婦は、希望により自治体が提供する支援を受けられること。

【参考】千葉県内の医療機関での検査実施等の流れ

重症化リスクのある基礎疾患をもつ妊婦や、強い不安を抱える妊婦は、かかりつけ産婦人科医へ相談。



かかりつけ産婦人科医は、検査における留意事項等を説明。



説明を受けた上で、妊婦が検査を希望している場合、妊婦は「検査申込書兼同意書」を記載し、かかりつけ医へ提出。



かかりつけ産婦人科医は、妊婦が説明を受けていること、留意事項等に同意していることを確認した上で、検査を行う。



検査を実施した医療機関は、検査費用を県へ請求。

《担当課》

千葉県健康福祉部児童家庭課母子保健班

千葉県千葉市中央区市場町1-1

TEL.043-223-2332

FAX.043-224-4085

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 (PCR・IAMP・抗原定量)

かかりつけ医に確認の上、
該当する方に○をつけてください。

【検査申込書兼同意書】

私は、(基礎疾患)・強い不安)があるため検査を希望し、下記内容について説明を受け、同意(☑をお願いします)の上、検査を申し込みます。

フリガナ

氏名

千葉 花子

生年月日

平成元年1月2日

郵便番号

〒260-8667

住所

千葉市中央区市場町1-1

電話番号

090-1111-1111

※連絡のとれる電話番号及び住民票上の住所を記載してください。

《検査を希望する妊婦の方へ》

下記の項目についてかかりつけ医より説明を受けた上で、検査を受ける場合は、氏名・住所・電話番号記載し、各口にチェックを入れ、検査実施医療機関へ提出してください。※事前に説明を受けていないと検査を受けることはできません。

検査について

- 検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、分娩予定象としており、ご本人が希望する場合に任意で行われます。
- 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)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(お母さんと赤ちゃんが別室での管理となり、赤ちゃんに触れることや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情報提供させていただきます。

※基礎疾患・・・「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第3版」において重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧症など)

《検査を実施する医療機関様》

上記の項目について、妊婦がかかりつけ医から説明を受けていることを確認し、併せて各口にチェックが入っていることを確認のうえ、確認した医師の記載をお願いします。
※事前説明を受けていない検査費用はお支払いできません。

医療機関名: ○○産婦人科クリニック

確認者(医師)氏名: 市場 太郎

(自署・押印は不要)

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 (PCR・LAMP・抗原定量)

【検査申込書兼同意書】

私は、(基礎疾患[※]・強い不安)があるため検査を希望し、下記内容について説明を受け、同意(☑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

郵便番号 〒

住所

電話番号

※連絡のとれる電話番号及び住民票上の住所を記載してください。

検査について

- 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、赤ちゃんに触れることや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情報提供させていただきます。

※基礎疾患・・・「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第3版」において重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等を有する者)

医療機関名:

確認者(医師)氏名: