

# 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<sup>※</sup>・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:

# 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)

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 ちば はなこ 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、がん)

### 《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: 〇〇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)