

妊婦健康診査受診番号

0 0



a1420961a

分娩前新型コロナウイルス感染症検査を希望される妊婦の方へ

【検査申込書】

検査を実施する場合には、次のすべての項目について了承（☑をお願いします）をいただく必要があります。

検査について

- 本検査は、検査実施日において本市の住民基本台帳に登録されており、発熱等の感染を疑う症状がない妊婦の方が、分娩前検査を希望する場合に任意で行われるものです（実施時期は分娩予定日の概ね2週間前となりますが、医師との相談の上決定していただきます）。
- 本事業の対象回数は妊娠期間中1回のみです。
- 検査費用として2万円を補助します。2万円を超えるその他の費用については、自己負担となります（検査費用等から補助額を差し引いた額を、検査を受けた医療機関にお支払ください。金額については医療機関にご確認ください）。
- 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。
- 本検査の結果等につきましては、今後の母子保健事業の実施のため、市の関係機関において共有されます。

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、分娩方法が帝王切開や計画分娩等に変更され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。

了承日：令和 年 月 日

私は、上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。

住所 〒

(フリガナ)

氏名

電話

検査実施日	令和 年 月 日	説明者（医師）氏名	
検査結果	陰性 ・ 陽性	医療機関名	