

新型コロナウイルス感染症の分娩前ウイルス検査を希望される妊婦の方へ 【検査に関する申出書】

私は、下記内容について、検査を実施する医療機関等より説明を受け、了承の上、検査を受けたことを申し出ます。

氏名カナ	
氏名	
住所	
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、ご本人が希望する場合に任意で行われるものであり、院内感染防止を目的とした検査ではありません。
- ・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産科医療機関等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、自治体が提供する助産師・保健師等による健康支援や相談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提供させていただく場合があります。

医療機関名： _____

説明者（氏名）： _____