

※検査実施機関において保管して下さい

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の PCR 検査等の実施について 【検査申込書兼同意書】

健康問診票 下記に該当する場合、印を入れてください。

・本日のあなた自身の体調について下記の症状はありますか？

ありません / *新型コロナウイルスが疑われる症状は以下のとおりです。
(発熱・咳・鼻水・味覚障害・嗅覚障害などの体調不良)

・過去2週間のことについてお聞きします。

私は過去2週間以内に発熱・咳・鼻水・味覚障害・嗅覚障害などの新型コロナウイルス感染を疑う症状がありません。

私と同居している人は過去2週間以内に発熱・咳・鼻水・味覚障害・嗅覚障害などの新型コロナウイルス感染を疑う症状がありません。

検査について

本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、妊娠34週以降の妊婦で、不安を抱えることにより新型コロナウイルス検査を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

対応についてはまずかかりつけ産婦人科医師にご相談ください。

分娩については、医師の判断により、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、医師の判断により、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。

感染拡大防止の観点から、医師の判断により、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、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提供させていただく場合があります。

私は、検査内容について説明を受け、了承の上、検査を申し込みます。

私は、検査内容について説明を受け、了承の上、検査を申し込みません。

(フリガナ)

氏名 _____

(郵便番号)

住所 _____

電話番号 _____

説明者(医師)氏名: _____

所属機関: _____