

※原本を業務実施医療機関において保管してください。写しを2部とり、1部を妊婦の方へお渡しください。もう1部を県へ提出してください。

様式第1号

令和 年 月 日

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  
【検査申込書兼同意書】

私は、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 \_\_\_\_\_

(郵便番号)

住所(里帰り先) \_\_\_\_\_

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、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、退院後において静岡県が提供する、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、静岡県に提供させていただく場合があります。

※この用紙の写しは、検査費用請求のため静岡県へ提出します。

以下は医療機関で記入

検査実施

説明者(医師)

医療機関名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

検査日: 年 月 日

検査日が分娩予定日の15日以上前の場合、その日に実施しなければならなかった理由

分娩予定日: 年 月 日

検査方法: PCR検査(LAMP法含む) 自院内で検査を実施

PCR検査(LAMP法含む) 外注検査

抗原定量検査

静岡県