

## 新型コロナウイルス感染症の検査を希望される妊婦の方へ

## 【検査申込書】令和3年4月1日以降に検査を受ける方用

私は、下記内容について説明を受け、了承(☑をお願いします)の上、申し込みます。

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ (自著) 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市区町村 ※住民票記載の住所(検査時点)

滞在先住所 上記と同じ・上記と異なる(山形県 \_\_\_\_\_ 市町村) ※検査日時点

出産予定日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 検体採取日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(令和3年4月以降の日付)

妊 娠 第 \_\_\_\_\_ 週

### 1 検査について (了承の上☑をお願いします)

- 本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、御本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 本検査は、以下のアまたはイの場合に受けられます。(ア、イのいずれかに○。イの場合は病名を記入)
- ア、強い不安を抱えている(うつ状態にあるなど)
- イ、基礎疾患(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  
(病名 \_\_\_\_\_)
- 本検査は、国の補助事業を活用し、都道府県等(保健所設置市含む)が実施する分娩前の新型コロナウイルス感染症検査です。他都道府県等(保健所設置市含む)が実施する同様の検査※をすでに受けた場合は受けられません。出産予定日の概ね2週間前を目途とした妊婦の方を対象としており、対象回数は1回の妊娠あたり1回のみです。
- ※同様の検査から除かれるもの
- ①保健所を通して受けた検査(行政検査)
- ②症状等から医師が必要と判断し、健康保険及び公費を利用して受けた検査
- ③全額自費で受けた検査や都道府県または市区町村独自事業等で全額または一部公費で受けた検査  
(県 PCR 自主検査センターでの検査を含む)
- 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。
- 万が一検査結果が陽性となった場合を考え、検体採取後、検査結果が判明するまでは、不要不急の外出を控える等、人との接触をできるだけ避けることをお勧めします。

(裏面もありますので御確認ください)

## 2 検査の結果が陽性となった場合について（了承の上☑をお願いします）

- 症状の有無にかかわらず、原則入院となります。
- 症状の有無にかかわらず、入院先が必ずしも出産予定の医療機関とらない場合があります。また、出産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は制限されます。出産時の立ち会いについても制限される場合があります。また、出産後の一定期間、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、授乳したりすることができない)となる可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、保健所が実施する積極的疫学調査(いっどこに行き、誰と会ったか等)に御協力いただきます。
- 御本人の希望により、退院後において保健所の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。

## 3 検査の結果が陰性となった場合について（了承の上☑をお願いします）

- 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)がありますので、結果が陰性であることが確実に感染していないことの証明にはなりません。また、検査後に感染する場合もありますので、引き続き感染予防対策をし、かかりつけの産婦人科医師の指示に従って生活してください。

## 4 その他（了承の上☑をお願いします）

- この申込書は、検査費用の補助を受ける目的で、医療機関を経由して山形県または山形市に写しが提供されます。
- 検査に際し収集した個人情報については、新型コロナウイルス感染症検査事業の目的でのみ使用されます。

※医療機関記入

医療機関名: \_\_\_\_\_

説明者(医師)氏名: \_\_\_\_\_