

ウイルス検査申込書

(不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業)

私の体調は健康問診票のとおりです。
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。
また、今回の妊娠中において新型コロナウイルス感染症のPCR検査に関する公費による助成の利用はこれまでありません。

(フリガナ)

氏名

(郵便番号)

住所

電話番号

健康問診票 (該当する項目に☑を記入してください。)

・本日までの過去2週間のあなた自身の体調について下記の症状*がありましたか？

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週間以内のことをお聞きします。

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又はその疑いがある方と接触していません。

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はありません。

検査について (了承いただいた項目に☑を記入してください。)

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(医師の判断により、検査の時期が早くなる場合があります)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 (了承いただいた項目に☑を記入してください。)

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、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(妊産婦に対する寄り添い支援事業)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、愛知県及び必要に応じ住民票のある自治体に提供させていただきます。

注意 ☑のない項目が1つでもある場合、
検査を申し込むことは出来ません。

説明者(医師)氏名: _____

医療機関名: _____