

新型コロナウイルス感染症の PCR 検査等を希望される妊婦の方へ
【検査申込書】

検査実施医療機関へご提出ください

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、検査を申し込みます。
令和 年 月 日フリガナ
妊婦氏名 生年月日 年 月 日（ 歳）

住所（住民票がある住所）

住所（滞在先） 同上

妊婦電話番号（必ず連絡のとれる番号） - -

緊急連絡先 主治医 - - 家族 - - 続柄（ ）

出産予定日 令和 年 月 日 母子健康手帳番号

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。
- 検査方法によっては、鼻から出血することがあります。

検査の結果が陽性となった場合について

- 保健所（区福祉保健課）から、ご家族等の接触者や健康状態の調査のため、連絡があります。
- 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。
- 入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合や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、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くなる可能性があります。
- 退院後に横浜市が提供する継続的な健康支援や、育児支援サービス等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お住いの区こども家庭支援課に提供させていただく場合があります。

検査実施機関名： 検査実施者氏名：
検査日： 令和 年 月 日 検査検体： 唾液 鼻咽頭ぬぐい液
検査方法： PCR LAMP 法 抗原定量検査 ※この欄は検査実施機関が記載します。

※この用紙は検査当日に必ずお持ちください。

請求用