

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 【ウイルス検査確認書】

私は、うつ状態にあるなどの不安を抱える妊婦

基礎疾患を有する妊婦(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧症、心血管疾患等を有する者。)

※どちらか該当するにチェックをしてください。

につき、下記内容について説明を受け、了承(をお願いします)の上、検査を希望します。

(フリガナ)

氏 名 _____

(郵便番号)

住 所 _____

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。

説明者(医師)氏名: _____

所属機関: _____