

※医療機関において保管して下さい。写しを検査機関に渡して下さい。

令和 年 月 日

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

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。

検体採取日 令和 年 月 日

(フリガナ)

氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日

(郵便番号)

住所 電話番号

申込日現在の妊娠週数 妊娠 週 出産予定日 令和 年 月 日

※ 里帰り先は、栃木県外から栃木県内に里帰り出産を予定されている方のみ、ご記入ください。

<里帰り先>

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、分娩予定日から概ね2週間前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。
- 本検査は、医療機関を通じて実施主体である栃木県又は宇都宮市への申込みとなります。

### 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:

医療機関名:

連絡先: