7	0	4	0

第1号様式

分娩前新型コロナウイルス検査受診票【県外用】

フリガナ	
妊婦 氏名	
生年 月日	（西暦で記入してください） 　　年　　月　　日　　歳
分娩予定 年月日	20　　年　　月　　日
住所	名古屋市　　区
電話	－　　－
母子健康手帳番号	

検査 年月日	20　　年　　月　　日
検査方法	☐PCR　☐LAMP　☐TMA ☐抗原定量　☐その他（　　）
検査等 説明	☐実施　☐未実施
検査結果	☐陰性　☐陽性
住所 医療機関名 医師名	

健康問診票

下記の項目についてお読みいただき、該当する場合には☑をつけてください。

☐ 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が疑われる症状はありませんでした。

☐ 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がありません。

検査等説明

下記の項目について医師から説明を受け、了承する場合には☑をつけてください。

１　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（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。

２　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。