

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 【検査説明書】

検査について

- 本検査は、新型コロナウイルス感染に強い不安をかかえている、もしくは基礎疾患を有する妊婦で、かかりつけ産婦人科医と相談し、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
 - ※「強い不安をかかえる妊婦」とは、例えばうつ状態にあるなどの強い不安を抱える妊婦
 - ※基礎疾患の例: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
- また、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ます。
- 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。
- 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。

※検査実施機関において保管して下さい

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(☑をお願いします)の上、検査を申し込みます。

(フリガナ)

氏 名 _____

(郵便番号)

住 所 _____ 電話番号 _____

健康問診票

- ・ 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。該当の場合☑印を入れてください。
 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
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。

検査について

- ・ 本検査は、新型コロナウイルス感染に強い不安をかかえている、もしくは基礎疾患を有する妊婦を対象としています。
※「強い不安をかかえる妊婦」とは、例えばうつ状態にあるなどの強い不安を抱える妊婦
※基礎疾患の例：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
- ・ 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います。
- ・ 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。
- ・ 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: _____

※検査の翌年度から5年間保管が必要です。