

※説明実施機関において保管して下さい

新型コロナウイルス感染症の検査を希望される妊婦の方へ  
【検査説明確認書】

令和 年 月 日

私は、下記内容について説明を受け、理解しました。

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(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。  
(※秋田県は県事業として、県外からの里帰り分娩予定者の方には2回まで実施可能としています。)
- 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、産科のある新型コロナウイルス感染症の治療を行う病院への入院が必要となります。
- 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、居住市町村または滞在先の市町村の保健師や助産師などの専門職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。支援を受ける場合は、本検査結果等については、居住市町村または里帰り分娩の場合は、滞在先の市町村に提供させていただきます。

説明日： 令和 年 月 日

説明者(医師)氏名： \_\_\_\_\_

所属機関： \_\_\_\_\_

説明の結果私は 検査を  希望します →※別途申込書等の記載が必要  
 希望しません