

※写しは妊婦の方へお渡しください。

※請求時に、写しを都へご提出ください。

**東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査【申込書 兼 確認書】**

ふりがな 氏名 (検査を受ける御本人)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現在お住まいの住所	〒 - <b>東京都</b>
住民票の住所	(現住所と異なる場合、記載ください) 〒 -
電話番号	( )
かかりつけ産科医療機関 (検査実施場所と異なる場合のみご記入ください)	
【同意・確認事項】 (□に✓をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 医師から下記内容について説明を受け、了承の上、検査を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 過去に本事業又は類似の事業（他の地方公共団体の事業を含む）による検査費用の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 本検査結果について、かかりつけ産科医療機関へ提供されることに同意します（検査実施場所と異なる場合のみ）。 令和 年 月 日 申請者氏名.....

**【検査実施に当たっての確認事項】** (□に✓をお願いします)

- 新型コロナウイルス検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく御本人が希望した場合に任意で行われるものです。ただし、検査を受ける時点の妊婦の方の状態によっては、医師の判断により本検査よりも処置や治療が優先されることがあります（例えば、陣痛が始まっている場合など）。
- 本検査の対象回数は1回のみです。
- 検査の性質上、陽性となっても実際には感染していないこと（偽陽性）、陰性となっても実際には感染していること（偽陰性）が一定の確率で起こります。

**検査の結果が(偽陽性も含めて)陽性になった場合について**

- 症状の有無にかかわらず、原則として入院となり、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（その場合、分娩費用が予定していた金額から変更となることや、分娩方法等が変更される（帝王切開等）可能性があります。）。
- 症状の有無にかかわらず、原則、入院中のお母さんや赤ちゃんへの面会および分娩時の立会いが制限されます。  
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。）となります。
- 所在地を管轄する保健所による調査が入り、行動歴の調査や濃厚接触者の特定などが行われます。御家族等が濃厚接触者となった場合、新型コロナウイルス検査の対象になる場合があります。
- 希望により、退院後において自治体等が提供する、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、東京都から住所地の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	署名又は記名押印
所属機関	