

※妊婦の方にお渡し下さい

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  
【検査説明書】

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。

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され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。

※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、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。

### 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: \_\_\_\_\_

所属機関: \_\_\_\_\_

大阪府知事・政令市長・中核市長 様

大阪府不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業申請書

大阪府不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業実施要綱第4条第1項第1号に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。なお、他自治体を実施する国要綱に基づく助成を受けていないこと、ならびに受検にあたり国が定める検査申込書を検査実施機関に提出しておりますことを申し添えます。

記

申請者氏名 (検査を受ける本人)	〒 _____ TEL: ( ) _____ ※昼間に連絡可能な番号
申請者住所 (住民票上の住所)	
かかりつけ産婦人科	
検査実施機関 (同上の場合記載不要)	
検査実施年月日	令和 年 月 日
個人情報の利用及び医師からの検査の説明について 【同意・確認事項】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大阪府・政令市・中核市が本事業の実施に必要な場合、個人情報に関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用することに同意します。</li> <li>・医師から【検査申込書】に記載の検査及び陽性となった場合の説明を受けました。</li> </ul> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>
<p>※検査に要した費用証明欄（検査実施機関において記載してください。）</p> <p>検査に要した費用証明書（妊婦本人から費用を徴収した場合は領収書を兼ねる）</p> <p>金 _____ 円</p> <p>検査に要した費用は上記の通りであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____ (印)</p>	

※ 下記の口欄のいずれかにチェック (☑) を入れ、必要事項を記載ください。

<input type="checkbox"/>	<p>検査に要した費用に係る助成金の請求及び受領について、検査実施機関に委任いたします。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">(申請者氏名) _____</p>																		
<input type="checkbox"/>	<p>検査に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成事業が承認通知されたものと了承いたします。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="6">口座振込先</th> </tr> <tr> <td>銀行 信用金庫 農協</td> <td></td> <td>支店 出張所</td> <td>預金 種別</td> <td colspan="2">☐ 普通 ☐ 当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号 (右詰で記入)</td> <td></td> <td>口座名義 (カタカナ)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>① 検査実施機関へ受領を委任しない場合や他府県で検査を受けた場合は、申請者名義の口座を記載下さい。</p> <p>② 検査実施機関へ受領を委任した場合は、上記口座振込先の記載は不要です。</p>	口座振込先						銀行 信用金庫 農協		支店 出張所	預金 種別	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)			
口座振込先																			
銀行 信用金庫 農協		支店 出張所	預金 種別	☐ 普通 ☐ 当座															
口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)																	

添付書類

1. 検査費用に係る領収書（原本）※上記の「検査に要した費用証明欄」に記載のない場合のみ

検査実施機関は「申請者住所」について、健康保険証や母子健康手帳の内容との照合をお願いします。