

## 新型コロナウイルス検査申込書【分娩前妊婦検査用】

秋田県知事 ・ 秋田市長 あて

次のとおり新型コロナウイルス検査を希望しますので、申込みをします。

申込日：令和 年 月 日

## 1 検査を希望する者

(ふりがな) 氏名			
住所	住所：		
	※滞在先：県外からの里帰り分娩の場合はこちらも記入願います。		
	日中連絡可能な電話番号（ ）		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
妊娠週数	妊娠 週 （出産予定日：令和 年 月 日）		
分娩予定 医療機関	医療機関名：		電話番号：
	主治医名： ※里帰り分娩で未定の場合は、主治医名は記入不要です		
特記事項			

## 2 確認事項

次の状況で該当する項目があれば☑を入れ、日付け、状況等を記入してください。

	里帰り分娩を希望している (初診予定日 )
	新型コロナウイルス感染症に関する接触歴等： ※あれば接触の時期、状況等
	過去に新型コロナウイルス検査を受けたことがある (実施月日) (検査理由： ) (受けた場所等： )

※医療機関記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	検査実施	検査年月日	令和 年 月 日
		(1回目)		
			医療機関名	
受付医療機関名		検査実施	検査年月日	令和 年 月 日
		(2回目)		
		※里帰り妊婦のみ	医療機関名	