別紙１

不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査

受検者名簿

医療機関名：

令和　　年　　月分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | 市町村（里帰りの場合は実家の市町村）※1 | 里帰りの場合のみ都道府県名※2 | 検体採取日 | 検査結果 |
| 1 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 2 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 3 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 4 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 5 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 6 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 7 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 8 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 9 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |
| 10 |  |  |  | 　月　　日 | 陽性 ・ 陰性 |

 ※１　市町村欄には、住所地の市町村名を記載してください。里帰り等により県内の実家等に在住してい

　　　 る場合は、里帰り先（実家）の住所地を記載してください。

 ※２　里帰り等により県外に住民票がある方は、住民票のある県名を記載してください。

 ※大分市在住者は、別途、大分市あてに提出してください。

 ※必ず全員分の「検査申込書（別紙２）」の写しを添付してください。