

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。