

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	検体採取日	検査結果	里帰りの場合のみ 都道府県名※1
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 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。

※大分市以外の在住者は、別途、大分県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。