

## 協 力 承 諾 書

東京都が実施する「東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成事業」の「検査実施登録医療機関」として、以下の項目について協力することを承諾いたします。

なお、このことにより知り得た情報を他の用途には使用いたしません。

1 検査前の説明に関すること

検査に関する誤解や実施後のトラブルを防ぐために、東京都が作成する検査説明書等を活用し、妊婦に対する事前の説明を丁寧に行います。

2 検査に関すること

(1) 1の説明を行った上で、検査を希望する妊婦については、妊婦から「東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査 申込書兼確認書」(第2号様式)により検査の申込みを受けます。

また、「東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書(委任用)」(第4号様式)を渡し、妊婦自身に記入してもらいます。

(2) 医療機関内の適切な場所にて検体を採取し、医療機関又は委託する機関で検体検査を実施します。

(3) 検体の採取、保管及び輸送に当たっては、検体検査実施機関や機器の製造販売業者等と十分に調整、確認の上、検体の温度管理等を適切に実施します。

3 結果説明に関すること

検査を受けた妊婦本人に対して検査結果を説明し、関連の相談に対応します。

4 検査費用の請求に関すること

(1) 1から3までの手順で検査を実施した場合に、妊婦から助成金の請求及び受領を受任し、「検査実施報告書兼請求書」(第3号様式)により東京都に対して請求します。

(2) 検査前の説明のみを行い、検査を実施しなかった場合など、助成の対象とならないときには費用の請求を行いません。

5 検査結果のかかりつけ医への情報提供に関すること

他院をかかりつけ医とする妊婦を対象に検査を実施した場合には、かかりつけ医に対し検査結果について情報提供します。

6 その他事業に関すること

東京都が作成する「東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成事業」に係る手引」等の内容をよく理解し、本事業の実施に協力します。

年 月 日

医療機関名

代表者氏名

印

所在地

電 話

