

幽门螺杆菌检查申请书

中国語

令和 年 月 日

实施幽门螺杆菌检查 **希望** ・ **不希望** (在任一选项上画圈)

请务必标记

学校名等	中学校 3年 组 号		
学生名 出生日期	平成 年 月 日生		
邮编 地址	〒 -	※这是邮递检查结果使用的信息，请将地址填写完整。需具体到门牌号、房间号。	
家长名	様		
电话号码	※手机号等能取得联系的号码		

◇请将此申请装入提交用信封并封口后交给学校。

◇幽门螺杆菌通过学校尿检实施检查 (免费)

(注) 此申请书没有提交的情况下，将不能接受幽门螺杆菌检查，敬请注意。

※检查结果将在大约四周后邮递到个人家中。

此事业在实施之际将会把必要信息提供给检察机关，请予以知悉。

填写粗框中的内容。

※下面的项目请不要填写

幽门螺杆菌检查结果

(检查的结果为画圈处内容)

检查实施日 2024年4月至6月

阴性

目前未感染幽门螺杆菌。

判定保留

从尿的状态里很难做出检查结果的判定

阳性

有感染幽门螺杆菌的可能性

请接受复检 (便检)。

请致电附页上的指定医疗机构进行预约。(检查免费)

2024

〈咨询处〉 四日市市政府儿童保健福祉课 (母子保健係)

TEL 059-354-8187

FAX 059-354-8061