

ผู้ที่ผลการตรวจปัสสาวะ 「เชิงบวก • อยู่ระหว่างการพิจารณา」
 นำเอกสารแผ่นนี้ยื่นในกับสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดไว้เพื่อขอเข้าทดสอบครั้งที่2(ตรวจอุจจาระ)
 รับอุปกรณ์เก็บอุจจาระจากสถาบันทางการแพทย์และส่งให้ภายหลัง ถึงวันที่31 เดือน3 ระยะเวลา9

แบบคำร้อง การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรครั้งที่2นักเรียนในเขตชั้นซี(ตรวจอุจจาระ)

คำร้อง การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรครั้งที่2 (ตรวจอุจจาระ)

ระยะเวลา ปี เดือน วันที่

※ กรอกรายละเอียดในกรอบหนา

ชื่อสกุลผู้เข้าตรวจ		วันเดือนปีเกิด	เฮเซปี	เดือน	วันที่
ที่อยู่		เบอร์โทรศัพท์	※เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้		
ชื่อสกุลผู้ปกครอง					

« ถึงสถาบันทางการแพทย์ทุกแห่ง »

- ตัดเอกสารส่วนล่างคืนให้ผู้ปกครอง ตอนคืนเอกสารช่วยบอกด้วยว่าในวันส่งอุปกรณ์เก็บอุจจาระให้นำเอกสารส่วนล่างมาด้วย อนึ่ง กรุณาปรึกษากับผู้ปกครองเรื่องตารางวันเวลาการส่งอุปกรณ์เก็บอุจจาระ

⇒ กำหนดวันส่งอุปกรณ์เก็บอุจจาระ : R 年 月 日

- ผู้ที่สิ้นสุดการตรวจอุจจาระในช่วงประมาณ2เดือนจะมีโทรศัพท์สอบถาม2ครั้งเพื่อให้คำแนะนำ กรณีการตรวจสอบสิ้นสุดลงทางกรุณาส่งเอกสารค่าใช้จ่ายและ กระดาษเอกสารฉบับนี้ ให้กับแผนกรับผิดชอบของเขตหรืออำเภอ (※กรุณาส่งมาที่อำเภอยกโคอีจี่ ยกเว้น ที่อยู่อาศัยในเขตมิเอะกุนมิมะจึ

【สภาพคำแนะนำทางโทรศัพท์】

	วันที่แนะนำ	สภาพ
ครั้งที่ 1	R ปี เดือน วันที่	
ครั้งที่ 2	R ปี เดือน วันที่	

ชื่อสถาบันทางการแพทย์

-----ติดตามรอยบุ-----

การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรครั้งที่2นักเรียนในเขตชั้นซี(ตรวจอุจจาระ)

(นำเอกสารใบนี้ไปด้วยในวันตรวจอุจจาระ)

ภายในปี R เดือน วันที่ ต้องยื่นเอกสารใบนี้ให้กับสถาบันทางการแพทย์



ชื่อสถาบันทางการแพทย์

ชื่อสกุลผู้เข้าตรวจ		วันเดือนปีเกิด	เฮเซปี	เดือน
ที่อยู่		เบอร์โทรศัพท์	※เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้	
ชื่อสกุลผู้ปกครอง				