

ピロリ菌検査申込書

※太枠内をすべてご記入ください。

令和 年 月 日

必ずどちらかに○をつけてください。

ピロリ菌検査を () 希望する () 希望しない

学校名等	中学校 3 年 組	席
生徒氏名 生年月日	ふりがな () 年 月 日生	
郵便番号 住所	〒	検査結果は、左記のご住所、保護者様宛にお送りいたします。郵便物が届くようご記入ください
保護者名	様	ますようお願いいたします。
電話番号	※お電話をさせていただくことがあります。 携帯電話など必ず連絡がとれる番号をご記入ください	

◇上記太枠内を全てご記入いただき、この用紙を、提出用封筒に入れて封をし、学校に提出してください。

(こども家庭センターから直接この用紙をお送りした場合は、この用紙をこども家庭センターにご返送ください)

◇ピロリ菌検査は学校の検尿を利用して行います(無料)(学校検尿の対象外の方は、別の案内をしています)

(注) 太枠内すべてご記入いただいた申込書の提出がないと、ピロリ菌検査を受けることができませんのでご注意ください。

※検査の結果は、およそ4週間後にご自宅へ郵送されます。

本事業を実施するために必要な情報を検査機関へ提供いたしますのでご了承ください。

※以下には何も記入しないでください

2025年4~6月 実施

ピロリ菌検査結果票 (検査の結果は○印のとおりです)

陰性

現在はピロリ菌に感染していません。

判定保留

尿の状態により、検査の結果が判定できませんでした

陽性

ピロリ菌感染の可能性が
あります

二次検査(検便)を受けましょう。

別紙名簿の指定医療機関へお電話にてご予約ください。
(検査費用は無料です)

2025

〈お問い合わせ先〉

四日市市役所 子育て家庭センター 母子保健第1係・第2係
TEL 059-354-8187 FAX 059-354-8061