

きんけんさもうしこみしょ
ピロリ菌検査申込書

Application for Helicobacter Pylori Test

Please fill-up the needed information inside the bold frame.

令和 年 月 日	
Please be sure to circle either option below: Desired or not desired.	
きんけんさ ピロリ菌検査を Do you want to take Helicobacter Pylori Test 希望する Yes / 希望しない No (Encircle ○ your answer.)	
がっこうめいとう 学校名等 School	Jr High school 中学校 Year 3年 Class 組 No 席
せいとめい 生徒名 Student せいねんがっぴ 生年月日 Birthdate	ふりがな () Heisei 平成 Year 年 Month 月 Day 日生
ゆうびんばんごう 郵便番号 Postal Code じゅうしょ 住所 Address	※Please write your House No. or Room No. because the result of the medical test will be sent here by post mail. .
ほごしゃめい 保護者名 Parents	
でんわばんごう 電話番号 Tel. No.	※Cellphone or Contact No. that will be surely contacted - -

◇Put this form **inside the attached envelope, seal and submit to the school.**

◇The Helicobacter Pylori Test will be done using the Urine Test submitted to the school. (Free)

(Reminder) You cannot take the Helicobacter Pylori test if you will not submit this application form.

※The result of this test will be sent to your home by post mail after 4 weeks.

Please understand that in order to conduct this service, necessary information will be submitted to the testing laboratory.

※以下には何も記入しないでください Do not write anything below.

きんけんさけつかひょう
ピロリ菌検査結果票

(検査の結果は○印のとおりです)

Helicobacter Pylori Test Result

(The result of the test is marked with circle ○.)

けんさじっしび
検査実施日 Examination Date

2025年4月～6月 April to June 2025

いん せい
陰 性 Negative

はんていほりゅう
判定保留 Undetermined

よう せい
陽 性 Positive



にょう じょうたい けんさ
尿の状態により、検査の
けっか はんてい
結果が判定できませんでした
The result of the test is undetermined
because of the condition of the urine

きんかんせん かのうせい
ピロリ菌感染の可能性
があります Possibly infected
with Helicobacter Pylori



げんざい
現在はピロリ菌に
かんせん
感染していません。
At present, not infected with
Helicobacter Pylori.

に じ けん さ けん べん う
二次検査 (検便) を受けましょう。
べっしめいぼ していりょうきかん でんわ よやく
別紙名簿の指定医療機関へお電話にてご予約ください。
けんさひょう むりょう
(検査費用は無料です)

Please take the second examination (Stool test).
Please read the separate list of designated medical institution and call for
reservation. (Examination fee is free)

2025

〈お問い合わせ先〉 よっかいちしやくしよ かにていせんたー ぼしほけんだい1かかり だいに2かかり
四日市市役所 ども家庭センター 母子保健第1係・第2係

Yokkaichi City Hall Children and Family Center
Maternal and child health section 1・section 2

For your inquiries TEL 059-354-8187 FAX 059-354-8061