

Helicobacter Pylori Formulário

ピロリ菌検査申込書 (Pirori kin) (ポルトガル語) Formulário de inscrição para o teste de Bactéria Pylori (Pirori kin)

Por favor ,preencha o quadro espresso.

| | | | | | |
|--|---|--------------------|--|--|---|
| | | Rewa 令和 | ano 年 | mês 月 | dia 日 |
| Certifique-se de circular uma das opções abaixo: Desejado ou não desejado. | | | | | |
| Teste da bactéria Pylori ピロリ菌検査を | | Sim desejo 希望する | | Não desejo 希望しない (Fazer um Oabaixo :) | |
| Nome da escola 学校名等 | | | | | Chugakko 中学校 série 3年 turma 組 número 席 |
| Nome do aluno 生徒名 | ふりがな () | | | | |
| Nascimento 生年月日 | Heisei 平成 | | ano 年 | Mês 月 | dia 日生 () idade 歳 |
| Caixa Postal 郵便番号 | 〒 | | — | | |
| Endereço 住所 | | | ※Por favor preencha o endereço e número do quadro usado como destino ao enviar os resultados | | |
| Nome do Tutor 保護者名 | | | 様 | | |
| Telefone 電話番号 | ※Colocar o telefone celular etc ※携帯電話など必ずつながる番号 — | | | | |

◇Por favor ,coloque este formulário em um envelope de inscrição , lacre-o e envie para a escola .

◇O teste de Bactéria Pylori(Pirori kin) é realizado usando o teste de urina escolar (Gratuito)

(注 **Atenção**) Observe que você não poderá se submeter ao teste da Bactéria Pylori)

(Pirori kin) sem enviar este formulário de inscrição .

※Os resultados do teste serão enviados para sua casa em cerca de 4 semanas .

Informamos que forneceremos ao órgão fiscalizador as informações necessárias para a execução deste projeto .

※Por favor ,não preencha nada abaixo :

Folha de resutado do teste
ピロリ菌検査結果票

Marcar um círculo de inspeção
(検査の結果は○印のとおりです)

Data de inspeção

検査実施日

Abril a junho de 2025

nega tivo
陰 性

Jugamento pendente
判定保留

Posi tivo
陽 性



尿の状態により、検査の結果が
判定できませんでした O resultado
do teste não pôde ser determinado devido
ao estado da Urina .

ピロリ菌感染の可能性があり
ます
Existe a possibilidade de infecção
de Bactéria Pylori (Pirori kin)



Atualmente não infectado com Pylori

**現 在 はピロリ菌に 感 染
していません。**

**Atualmente não infectado com
a Bactéria Pylori (Pirori kin)**

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）

Vamos fazer uma inspeção secundária
(inspeção das fezes).

2025

〈お問い合わせ先〉 よっかいちしやくしよ 四日市市役所 かてい 子育て家庭センター ほしほけんたい かかり たい かかり 母子保健第1係・第2係

TEL 059-354-8187 FAX 059-354-8061

Prefeitura de Yokkaichi Centro Infantil e Familiar Saúde materno-infantil, seç ão 1, seç ão 2