

COMPLETE DENTRO DEL CUADRADO

REIWA R 令和R AÑO 年 MES 月 DIA 日

Asegúrese de marcar con un círculo cualquiera de las siguientes opciones: deseada o no deseada.

PRUEBA HELICOBACTER PYLORI SI DESEO NO DESEO
 ピロリ菌検査を 希望する・希望しない
 (Marque con un ○ cualquiera de las 2 opciones)

NOMBRE DE LA 学校名 ESCUELA ETC 等	CHUGAKKOU 中学校 AÑO 3 年 SECC 組 No. 席		
ALUMNO 生徒名 FECHA DE NACIMIENTO 生年月日	ふりがな () HEISEI 平成 AÑO 年 MES 月 DIA 日生		
CODIGO POSTAL 郵便番号 DIRECCION 住所	〒 —	※COMPLETE SU DIRECCION, YA QUE SE UTILIZARA AL ENVIAR LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES.	
NOM/RESPONSABLE 保護者名	様		
TELEFONO 電話番号	—		

◇Por favor, coloque este Formulario en un sobre y envíelo a la Escuela.

◇La Prueba de Helicobacter Pylori, se realiza mediante un análisis de orina (Gratis)

(Nota) Tenga en cuenta que no podrá someterse a la prueba de Helicobacter Pylori sin enviar este formulario de solicitud.

※Los resultados de la prueba se enviarán por correo a su casa en aproximadamente 4 semanas.

Tenga en cuenta que proporcionaremos a la agencia de inspección la información necesaria para llevar a cabo este proyecto.

※Por favor, no complete nada a continuación

Fecha de inspección Abril a Junio 2025

NEGATIVO
陰性

PENDIENTE
判定保留

POSITIVO
陽性

El resultado de la prueba no se pudo determinar debido al estado de la orina.

Existe la posibilidad de infección por Helicobacter Pylori

**ACTUALMENTE NO INFECTADO
CON HELICOBACTER PYLORI**

HAGAMOS UNA 2DA PRUEBA (ANALISIS DE HECES)
Haga una reserva llamando a la Institución Médica designada en la lista adjunta (El costo de la prueba es gratis)

2025

〈CONTACTO〉 Ayuntamiento de Yokkaichi Centro Infantil y Familiar
Salud maternoinfantil sección 1 • sección 2

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