

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