

COMPLETE DENTRO DEL CUADRADO

		REIWA R 令和R	AÑO 年	MES 月	DIA 日
Por favor asegúrese de marcar uno 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	ふりがな ()				
FECHA DE NACIMIENTO 生年月日	HEISEI 平成 AÑO 年 MES 月 DIA 日生				
CODIGO POSTAL 郵便番号	〒 —		※COMPLETE SU DIRECCION, YA QUE SE UTILIZARA AL ENVIAR LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES.		
DIRECCION 住所					
NOM/RESPONSABLE 保護者名	様				
TELEFONO 電話番号	—				

※Por favor, no complete nada a continuación

◇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.

Fecha de inspección Abril a Junio 2024

NEGATIVO
陰性



**ACTUALMENTE NO INFECTADO
CON HELICOBACTER PYLORI**

PENDIENTE
判定保留

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



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)

POSITIVO
陽性

Existe la posibilidad de infección por Helicobacter Pylori



2024

〈CONTACTO〉

DIVISION DE SALUD Y BIENESTAR INFANTIL DE LA MUNICIPALIDAD DE YOKKAICHI
(SECCION DE SALUD MATERNIDAD E INFANTIL)

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