### SOLICITUD DE LA PRUEBA DE HELICOBACTER PYLORI ピロリ菌検査申込書

スペイン語

#### **COMPLETE DENTRO DEL CUADRADO**

			REIWA R 令和R	AÑO <b>F</b>	MES 月	DIA
Por favor asegúrese de marcar uno  PRUEBA HELICOBACTER PYLORI SI DESEO  PRUEBA HELICOBACTER PYLORI SI DESEO  NO DESEO  A 望しない  (Marque con un 〇 cualquiera de las 2 opciones)						
NOMBRE DE LA 学校名 ESCUELA ETC 等		año 3年	SECC 組	No. 席	CHUGAKK 中学	
ALUMNO 生徒名 FECHA DE NACIMIENTO	ふりがな(	HEI	SEI AÑO	MES	DI	
生年月日 	<b>〒</b> −	<u> </u>	成 年 	月		生 ——
DIRECCION 住 所			**COMPLETE SU DIRECCION,			
NOM/RESPONSABLE 保護者名		様	YA QUE SE UTILIZARA AL ENVIAR LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES.			
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.

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

Fecha de inspección A

Abril a Junio 2024

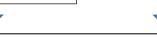


# PENDIENTE

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

# POSITIVO 陽性

Existe la posibilidad de infección por Helicobacter Pylori



## HAGAMOS UNA 2DA PRUEBA (ANALISIS DE HECES)

Haga una reserva llamando a la Institución Médica designada en la lista adiunta (El costo de la prueba es gratis)

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