

尿検査の結果「陽性・判定保留」の方は、この用紙を持参し、指定医療機関で二次検査（便検査）を受けましょう。医療機関で採便容器を受け取り、後日提出します。

【注意】無料で検査を受診できるのは、令和 7 年 3 月 3 1 日までです。

見本

三四中学生 ピロリ菌二次検査（便検査）申込書

ピロリ菌二次検査（便検査）を申し込みます。

令和 年 月 日

※ 太枠内のみ記入してください。

本人の 名 前		生年 月 日	平成 年 月 日生
住 所		電 話 番 号	※携帯番号など、必ずつながる番号をお願いします
保護者の 名 前			

《医療機関各位》

- ・キリトリ線で切り取り、下の部分を保護者へお渡しいただき、検便提出の際に持参されるようにご指導ください。なお、検便の提出予定日を保護者および本人とご相談いただきますようお願いいたします。

⇒ 検便提出予定日：R 年 月 日

- ・検便の未提出者に対しては、2か月程度の間、2回、電話による勧奨を実施していただき、その上で未提出の場合には、居住市町の担当課へ請求書と共にこの用紙をご送付下さい。
(※四日市市、三重郡三町以外に居住のかたの分については、四日市市へご送付ください)

【電話での勧奨状況】

	勧 奨 日	状 況
1 回目	R 年 月 日	
2 回目	R 年 月 日	

医療機関名

キリトリ

三四中学生ピロリ菌二次検査（便検査）

（ 検便と一緒にこの用紙を持参してください ）

R 年 月 日までに、医療機関へ検便を提出してください。



医療機関名

本人の 名 前		本人の 生年月日	平成 年 月 日生
住 所		電 話 番 号	※携帯番号など、必ずつながる番号をお願いします
保護者の 名 前			