

尿检结果为「阳性・判定保留」者，请携带此表去指定医疗机构接受复检（便检）。在医疗机构领取便样容器，采样后提交。

【注意】免费检查期限截至令和9年3月31日。

## 三泗中学生 幽门螺杆菌(便检)申请书

ピロリ菌検査二次検査（便検査）申込書

申请接受幽门螺杆菌复检（便检）。

令和 年 月 日

※ 只填粗框中的内容。

本人姓名		出生日期	平成 年 月 日生
地址		电话号码	※手机号等能取得联系的号码
家长姓名			

《致各医疗机构》

・沿剪切线剪断、下面的部分给家长，告知其在提交便样时一并带来。还有，请向家长及本人确认便样提交日。

⇒ 便样提交预定日：R 年 月 日

・便样未提交者，请在两个月左右的期间内打两次电话，规劝其提交便样。如果规劝之后仍未提交，请向其居住市町的担当课送达请求书及此表。

（※居住在四日市市、三重郡三町以外的，请送至四日市市）

【电话规劝状况】

	规劝日	状况
第1次	R 年 月 日	
第2次	R 年 月 日	

医疗机构名

-----  
剪切线  
-----

三泗中学生幽门螺杆菌检查（便检）

（与便样一起将此表提交）

在R 年 月 日之前、向医疗机构提交便样。



医疗机构名

本人姓名		本人出生日期	平成 年 月 日生
地址		电话号码	※手机号等能取得联系的号码
家长姓名			