

様式第4号（第7条関係）

中学生のピロリ菌二次検査問診票

（医療機関控・町控）

※保護者の方がご記入ください。

受診年月日				年	月	日
住 所	神石郡神石高原町 _____					
生徒氏名	ふりがな	男	生年月日	年	月	日
		女				
保護者氏名	ふりがな		電 話			

次の質問をよく読んで、該当する□のいずれかに「レ」をつけ、必要な場合は内容を記入してください。

1 普段、腹痛、吐き気、胸やけ等の消化器症状を訴えることがありますか □ いいえ ・ □ はい
2 胃・十二指腸の病気で治療を受けていますか または既往歴はありますか □ いいえ ・ □ はい （疾患名： _____）
3 最近、2～3か月の間に胃薬を服用されていますか □ いいえ ・ □ はい （種 類： _____）
4 最近1か月の間に風邪や肺炎等にかかり、ジスマックやケリス等の抗生剤を服用されましたか □ いいえ ・ □ はい
5 同居する家族について、ピロリ菌検査や除菌をされた方はいますか 検査 □ いいえ ・ □ はい 除菌 □ いいえ ・ □ はい
6 家族の方で、がんにかかった方はいますか □ いいえ ・ □ はい （がんの種類： _____）
7 今までに薬（特にペニシリン等の抗生剤）や食べ物でじん麻疹やアレルギー症状を起こしたことがありますか 薬のアレルギー □ いいえ ・ □ はい （薬剤名： _____）（症状： _____） 食べ物のアレルギー □ いいえ ・ □ はい （食べ物名： _____）（症状： _____）
8 現在、服用されている薬がありますか □ いいえ ・ □ はい （薬剤名： _____） ある場合は、診察の際、お薬手帳をご持参ください。

二次検査（尿素呼気試験）	[] % 陰性 ・ 陽性	実施年月日	年	月	日
除 菌 治 療	実施 ・ 未実施	実施年月日	年	月	日
除菌判定（尿素呼気試験）	[] % 陰性 ・ 陽性	実施年月日	年	月	日
医 療 機 関 名					