

二次検査問診票(当別町ピロリ菌検査及び除菌治療等費用助成事業)

(北海道医療大学病院控・当別町控)

※ 保護者の方が、ご記入ください。

受診年月日	年 月 日		
住 所	当別町		
受 診 者	ふりがな	男・女	生年月日
氏 名			年 月 日
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「✓」をつけ、
必要な場合にその内容を記入して下さい。

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ヵ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ヶ月の間に風邪や肺炎等にかかり、ジスロマックやクラ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)や食べ物でじんま疹やアレルギー症状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:)

二次検査(尿素呼気試験)	[] %o 陰性・陽性	実施年月日
除 菌 治 療	実施 ・ 未実施	実施年月日
除菌判定(尿素呼気試験)	[] %o 陰性・陽性	実施年月日
医 療 機 関 名	北海道医療大学病院	